



FACULDADE DE DESPORTO  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Fiabilidade do Perfil de Auto-perceção Física em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade: relação entre auto-perceções físicas, autoestima e nível de atividade física.

Eva Patrícia Perestrelo da Costa

2017





Fiabilidade do Perfil de Auto-perceção Física em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade: relação entre auto-perceções físicas, autoestima e nível de atividade física.

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto, área de Especialização em Atividade Física Adaptada, nos termos do Decreto-lei n.º 74/2006, de 24 de Março.

Orientadora: Professora Doutora Tânia Lima Bastos

Coorientadores: Mestre Raquel Costa

Professor Doutor Rui Corredeira

Eva Patrícia Perestrelo da Costa

2017

### **FICHA DE CATALOGAÇÃO**

Costa, E. (2017). Fiabilidade do Perfil de Auto-perceção Física em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade: relação entre auto-perceções físicas, autoestima e nível de atividade física. Porto: Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Atividade Física Adaptada, apresentado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

**PALAVRA-CHAVE:** ESQUIZOFRENIA, AUTO-PERCEÇÃO FÍSICA, AUTOESTIMA, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA.

## **Agradecimentos**

A concretização deste trabalho só foi possível porque, ao longo deste percurso tive várias pessoas que, de uma maneira ou de outra estiveram envolvidos neste caminho. Quero por isso, agradecer a todos os que contribuíram para que este ciclo da minha vida fosse concluído com sucesso.

Aos meus pais por tudo aquilo que têm feito por mim, por todos os esforços, amor incondicional e pelo apoio demonstrado em todas as minhas decisões bem como pela confiança que depositaram em mim e pelo exemplo que sempre deram. À minha avó pela ajuda, incentivo e toda a sabedoria que me têm passado. E a toda a família que perto ou mais longe está sempre presente.

Ao Lauro pelo apoio, carinho, paciência e incentivos e por ter estado ao meu lado durante todo o percurso.

Aos meus companheiros Pedro e Rodrigo agradeço-vos por tudo aquilo que passámos nestes dois anos, pelas aventuras, tardes de estudo, pela paciência e principalmente pelo companheirismo.

À Jessica que foi uma grande surpresa deste ano, agradeço por todo o apoio, amizade e dias de trabalho intensivo.

Aos meus colegas de curso e do projeto que me acompanharam neste percurso e me deram força para continuar.

Às minhas amigas, que mesmo estando longe, me ajudaram nos momentos mais difíceis e pela compreensão ao longo destes dois anos.

À minha co-orientadora Raquel por todo o apoio, dedicação e disponibilidade mostrados ao longo deste ano.

À minha orientadora Professora Tânia Bastos pelo acompanhamento, conhecimento, rigor científico e correções ao longo deste percurso.

Ao meu co-orientador Professor Rui Corredeira pelo apoio e confiança ao me ter adicionado no projeto.

A todos os participantes que se mostraram disponíveis para participar e apoiar o meu estudo. Aos utentes do Hospital de São João, Gondomar e à ANARP bem como aqueles que fizeram parte do grupo de controlo saudável.

A todos aqueles que não mencionei, mas que de uma forma ou de outra contribuíram e participaram na elaboração deste trabalho.

Muito obrigada a todos, sem vocês não teria sido possível!

## Índice Geral

Agradecimentos .....	II
Índice Geral .....	IV
Índice de Figuras .....	VIII
Índice de Tabelas .....	X
Resumo .....	XII
Abstract .....	XIV
Lista de Abreviaturas.....	XVI
1. Introdução Geral.....	2
1.1. Referências Bibliográficas.....	6
2. Fundamentação teórica.....	14
2.1. Esquizofrenia .....	14
2.1.1. Conceito.....	14
2.1.2. Sintomas.....	15
2.1.3. Aspectos epidemiológicos .....	18
2.1.4. Diagnóstico .....	19
2.1.5. Tipos de esquizofrenia.....	20
2.1.6. Causas.....	21
2.1.7. Prevenção e fatores de risco .....	15
2.1.8. Tratamento .....	22
2.2. Atividade física e esquizofrenia.....	24
2.3. Autoestima, autoconceito e auto-percepção física.....	26
2.3.1. Definição de autoestima .....	26
2.3.2. Autoconceito e auto-percepção física .....	28
2.3.3. Autoestima, auto-percepção e esquizofrenia.....	32

2.4. Referências Bibliográficas.....	36
3. Estudo Empírico .....	52
3.1. Introdução .....	52
3.2. Metodologia.....	54
3.2.1 Caracterização da amostra.....	54
3.2.2. Projeto “Impacto da Atividade Física e Desportiva para Pessoas com Esquizofrenia” .....	55
3.3. Instrumentos .....	56
3.3.1. Questionário Sociodemográfico .....	56
3.3.2. Medidas antropométricas.....	56
3.3.3. Medicação .....	56
3.3.4. Questionário do Perfil de Auto-perceção Física (PSPP).....	57
3.3.5. Questionário Internacional de Atividade Física versão curta (IPAQ- SF) .....	58
3.3.6. Questionário de Autoestima de Rosenberg .....	59
3.4. Procedimentos da recolha de dados.....	59
3.5. Procedimentos Estatísticos .....	60
3.6. Resultados .....	61
3.6.1. Participantes .....	61
3.6.2. Medicação .....	62
3.6.2. Avaliação fiabilidade do PSPPp para pessoas com esquizofrenia ..	63
3.6.3 Diferenças entre a condição física, aparência física, força física, autoestima física, autoestima e nível de atividade física entre grupo com esquizofrenia e grupo de controlo.....	63
3.6.4 Correlações das subescalas do PSPPp com variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, nível de atividade física autoestima .....	64



3.7. Discussão .....	66
3.8. Conclusão Geral .....	69
3.9. Referências Bibliográficas.....	72
4. Conclusões Gerais .....	84
Anexo 1 - Termo de Consentimento Informado Grupo com Esquizofrenia XVIII	
Anexo 2 - Termo de Consentimento Informado Grupo de controlo saudável .....	XXII
Anexo 3 - Questionário Sociodemográfico.....	XXVI
Anexo 5 – Questionário de Autoestima de Rosenberg .....	XXXVII
Anexo 6 – Questionário Perfil de Auto-perceção Física.....	XL



## **Índice de Figuras**

Figura 1: Constructo hierárquico do autoconceito (adaptado de Sewell et al., 2010) .....	29
Figura 2: Hipótese dos três níveis de organização hierárquica da autopercepção de Fox e Corbin (1989) .....	30



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1: Caraterização da amostra .....	61
Tabela 2: Medicação .....	62
Tabela 3: Fiabilidade do teste reteste do PSPP .....	63
Tabela 4: Comparação entre grupo com esquizofrenia e controlo saudável nas variáveis de condição física, aparência física, força física e autoestima física, nível de AF e autoestima total .....	64
Tabela 5: Correlação das subescalas condição física, aparência física, força física, autoestima física, nível de AF e autoestima total com todas as variáveis do estudo.....	65



## Resumo

A esquizofrenia é uma doença mental grave que se caracteriza por perturbações fundamentais no pensamento, percepção e emoções impróprias. A atividade física é considerada uma intervenção complementar ao tratamento farmacológico, promovendo diversos benefícios nesta população, inclusive o aumento da autoestima. Contudo, verifica-se uma escassez os estudos acerca das auto-percepções na esquizofrenia, bem como na sua relação com a autoestima e atividade física. Em acréscimo, não foram encontrados na literatura estudos que tenham avaliado as propriedades psicométricas da versão portuguesa do Perfil de Auto-percepção Física nesta população. Deste modo, os objetivos do presente estudo foram: i) analisar a fiabilidade do Perfil de Auto-percepção Física em indivíduos com esquizofrenia residente na comunidade; ii) comparar a auto-percepção física, autoestima e nível de física entre grupo com esquizofrenia e grupo controlo saudável (*i.e.*, sem esquizofrenia); e iii) analisar a associação entre auto-percepção física, autoestima, nível de atividade física e variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínicas do grupo com esquizofrenia. A amostra foi constituída por 52 pessoas (30 com esquizofrenia e 22 controlo saudável). Os resultados revelaram que: i) a análise de fiabilidade revelou problemas em algumas escalas, no entanto, o questionário apresentou boa estabilidade temporal; ii) o grupo de controlo demonstrou ter uma autoestima mais elevada e um maior nível de atividade física, quando comparado com o grupo com esquizofrenia; iii) a análise das correlações revelaram associações positivas e moderadas entre a idade e anos de doença com a autoestima física; o nível de atividade física com a confiança física, e por fim autoestima total com a maioria das subescalas da versão portuguesa do Perfil de Auto-percepção Física. Os resultados do presente estudo revelam a importância de incluir a análise destas variáveis no acompanhamento de pessoas com esquizofrenia, com o intuito de aumentar os níveis de atividade física e promover estilos de vida mais saudáveis. Futuros estudos devem aumentar o tamanho amostral permitindo análises psicométricas mais robustas e verificação das inconsistências encontradas em alguns dos itens do questionário.

**PALAVRA-CHAVE:** ESQUIZOFRENIA, AUTO-PERCEÇÃO FÍSICA, AUTOESTIMA, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA





## Abstract

Schizophrenia is a severe mental illness characterized by fundamental disturbances on thinking, perception and inappropriate emotions. Physical activity is considered a complementary intervention to pharmacological treatment, promoting several benefits in this population, including the increase of self-esteem. However, studies concerning self-perceptions in schizophrenia, as well as their relation with self-esteem and physical activity are scarce. In addition, in the literature was not possible found studies that evaluated the psychometric properties of the Portuguese version of the Physical Self-perception Profile in this population. Therefore, the aims of the present study were: i) to analyse the reliability of the Portuguese Physical Self-Perception Profile in outpatients with schizophrenia; ii) to compare physical self-perception, self-esteem and physical activity levels between a group with schizophrenia and a healthy control group (*i.e.*, without schizophrenia); and iii) to analyse the association between physical self-perception, self-esteem, physical activity levels and socio-demographic, anthropometric and clinical variables of the group with schizophrenia. The sample was comprised by 52 participants (30 with schizophrenia and 22 healthy controls). The results revealed that: i) reliability analysis revealed problems in some scales, however, the questionnaire presented good temporal stability; ii) the control group showed a higher self-esteem and a higher level of physical activity when compared with the group with schizophrenia; iii) correlations analysis revealed positive and moderate associations between age and years of illness with physical self-esteem; physical activity level with physical confidence, and finally total self-esteem with most of the subscales of the Portuguese version of the Physical Self-Perception Profile. The results of the present study demonstrate the importance of including the analysis of these variables in the treatment of people with schizophrenia, in order to increase physical activity levels and promote healthier lifestyles. Future studies should increase sample size by allowing more robust psychometric analyzes and verifying the inconsistencies found in some items of the questionnaire.

**KEYWORDS:** SCHIZOPHRENIA; PHYSICAL SELF-PERCEPTION; SELF-ESTEEM; PHYSICAL ACTIVITY LEVEL



## Lista de Abreviaturas

%	Percentagem
AF	Atividade Física
ANARP	Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicosocial
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
Cit.	Citado
Cig	Cigarros
Cm	Centímetros
DP	Desvio Padrão
DSM- IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
DSM- V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
e.g.	<i>Exempli gratia</i> = por exemplo
et	<i>al et alteri</i> = e outros
FADEUP	Faculdade de Desporto da Universidade do Porto
i,e,	<i>Id est</i> = isto é
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire – IPAQ</i>
IPAQ - SF	Questionário Internacional de Atividade Física versão curta
Kg	Quilogramas
m	Metros
MET	Equivalente metabólico
N	número de casos
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>

OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Valor da prova
Pa	Perímetro da anca
Pc	Perímetro da cintura
PSPP	<i>Physical Self-Perception Profile</i>
PSPPp	Perfil de Auto-percepção Física
r	Valor da correlação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

**Capítulo I**  
**Introdução Geral**



## **1. Introdução Geral**

A esquizofrenia é uma doença mental que se designa por um conjunto de sintomas psicóticos persistentes (Sewell et al., 2010). As manifestações da doença consistem num conjunto de sinais e sintomas caraterísticos que afetam múltiplos processos psicológicos como alucinações, delírios, desordens de pensamento, sentimentos, comportamento desorganizado, falta de atenção e concentração. Estes sintomas são classificados em três categorias, sintomas positivos (e.g., ideias delirantes, alucinações, comportamentos desadequados), sintomas negativos (e.g., retração social, falta de motivação, diminuição da fluência verbal) (Dalgallarrondo, 2008) e sintomas cognitivos (e.g., desordem do pensamento e défice de atenção) (Rosa et al., 2005).

Esta doença abrange uma grande parte da população mundial, cerca de 15,2 em cada 100.000 pessoas (McGrath et al., 2008) atingindo todas as classes sociais e raças. Geralmente ocorre no final da adolescência ou no início da idade adulta (World Health Organization [WHO], 2017) e encontra-se distribuída de forma igual pelos dois géneros (Afonso, 2010). A esquizofrenia não tem uma causa única, mas um conjunto de fatores que aumentam o risco de incidência da doença (Stefan et al., 2002), sendo as suas principais causas as de origem ambiental (e.g. infeções) (Brown, 2011) e genética (e.g., a probabilidade da doença aumenta caso haja um familiar com a mesma) (Afonso, 2010).

O diagnóstico na esquizofrenia divide-se em vários tipos de acordo com o comportamento, sintomas e manifestação da doença (Silva et al., 2016). De forma a proceder-se ao diagnóstico é necessário que o doente apresente pelo menos dois dos seguintes sintomas pelo menos durante um mês: delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado ou sintomas negativos. (American Psychiatric Association [APA], 1994, 2014). No caso de manifestar delírios bizarros ou alucinações auditivas, o diagnóstico é válido por apenas um destes sintomas (APA, 1994, 2014). As estratégias e objetivos do tratamento variam com a fase e gravidade em que a doença se encontra (Hasan et al., 2012), sendo que os principais objetivos do tratamento da esquizofrenia são: reduzir ou eliminar sintomas; melhorar a qualidade de vida da pessoa e promover e manter a recuperação dos efeitos da doença (Lehman et al., 2004). No

tratamento está englobado o tratamento farmacológico que, de acordo com Mackin e Thomas (2011) se divide em duas categorias, os antipsicóticos de primeira geração e os de segunda geração. Além deste tratamento existem ainda os tratamentos psicossociais (Kern et al., 2009) que, coadjuvados ao tratamento farmacológico, têm como finalidade melhorar o desempenho psicossocial no treino de aptidões sociais (Dixon et al., 2009) de modo a ajudar o doente na sua relação pessoal, profissional e familiar (Bernardo & Bioque, 2015).

A atividade física (AF) é considerada um complemento ao tratamento farmacológico na esquizofrenia (Mutrie & Faulkner, 2003) sendo utilizada como estratégia para combater os sintomas negativos, melhorar as limitações funcionais, redução do peso e aumento da autoestima (Acil et al., 2008; Faulkner & Biddle, 1999; Vancampfort et al., 2010). As pessoas com esquizofrenia normalmente apresentam um estilo de vida menos saudável e são fisicamente menos ativas em relação à população em geral (Mccreadie, 2003) o que leva a um maior risco de doenças cardiovasculares como a obesidade, hipertensão e diabetes. Estes fatores de risco podem ser reduzidos através da AF regular (Chalfoun et al., 2016; McNamee et al., 2013), pois esta apresenta efeitos positivos a nível da saúde física, mental e bem-estar das pessoas com esquizofrenia (Gorczynski & Faulkner, 2010). Assim sendo, os terapeutas devem promover os benefícios da AF em todos os aspetos da sociedade, seja com desportistas, sedentários ou pessoas com doenças estabelecidas (Wilson et al., 2016), como é o caso da esquizofrenia. A prática de AF também promove benefícios psicossociais, como o aumento da autoestima, competência física e desenvolvimento das capacidades sociais (Holley, 2011; Maggouritsa et al., 2014). Contudo, apesar dos benefícios reconhecidos da AF regular, as pessoas com esquizofrenia deparam-se com barreiras para a prática, nomeadamente, sintomas derivados da doença, estado psicológico e atitudes e crenças associadas à AF (Firth et al., 2016a; McDevitt et al., 2006; Rastad et al., 2014). A reconstrução do histórico de atividades passadas é importante para interpretar os determinantes que condicionam a prática e projetar e avaliar intervenções para promover e prever a atividade futura (Dishman & Buckworth, 1997; Firth et al., 2016a; McDevitt et al., 2006).



A AF regular tem um impacto benéfico no conceito da própria pessoa, esta influência deve-se à ação da AF relativamente ao funcionamento fisiológico e à dimensão social (Tamayo et al., 2001). Deste modo, é importante referir que o autoconceito é definido pelo conceito que a pessoa tem de si mesma nas vertentes físicas, sociais e espirituais (Gecas, 1982). Por outro lado, a autoestima é uma parte fundamental do autoconceito que pode ser definida como a avaliação que a pessoa faz dos seus atributos a nível positivo ou negativo (Vaz Serra, 1988). As pessoas com doença mental têm uma autoestima menor em relação à população geral que pode ser caracterizada pelos longos períodos de institucionalização, relações familiares negativas, estigma social e cuidados parentais (Borras et al., 2009). Considerando que as pessoas com esquizofrenia apresentam uma autoestima física e uma auto-perceção reduzida (Vancampfort et al., 2011b), têm uma maior predisposição para depressões, tendo como consequência o isolamento como mecanismo de defesa (Vaz Serra, 1988). Assim sendo, é fundamental explorar a relação entre as auto-perceções físicas, autoestima e nível de AF nesta população. Para avaliar a auto-perceção física destaca-se um instrumento multidimensional desenvolvido por Fox e Corbin (1989) designado por *Physical Self-Perception Profile* (PSPP).

No entanto não foi possível encontrar estudos que relacionem as auto-perceções físicas, a autoestima e o nível de AF à esquizofrenia. Em acréscimo, não foram encontrados na literatura estudos que tenham avaliado as propriedades psicométricas da versão portuguesa do Perfil de Auto-Perceção Física (PSPPp) em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade. Deste modo, o primeiro objetivo da presente dissertação foi analisar a fiabilidade do PSPPp em indivíduos com esquizofrenia residente na comunidade. O segundo objetivo foi comparar a auto-perceção física, nível de AF e autoestima entre grupo com esquizofrenia e grupo de controlo saudável (*i.e.*, sem esquizofrenia). O terceiro objetivo foi analisar a associação entre auto-perceção física, autoestima, nível de AF e variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínicas do grupo com esquizofrenia.

No que diz respeito à organização e estrutura da dissertação, encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro refere-se à introdução geral onde é

desenvolvida a pertinência, objetivos e estrutura do estudo. O segundo capítulo consiste na fundamentação teórica onde foi desenvolvido o enquadramento teórico da principal temática do estudo, onde se destaca a definição e características da esquizofrenia, a sua relação com a AF e os conceitos de auto-percepção, autoestima e autoconceito. O terceiro capítulo é referente ao estudo empírico e apresenta-se em forma de artigo científico e é constituído por uma introdução, metodologia utilizada na realização do estudo, apresentação e discussão de resultados obtidos e as suas conclusões. No último capítulo são apresentados os anexos, onde constam os questionários aplicados e o termo de consentimento informado. As referências bibliográficas serão apresentadas no final de cada capítulo.

### 1.1. Referências Bibliográficas

- Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípi.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5<sup>o</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bernardo, M., & Bioque, M. (2015). Esquizofrenia. In J. V. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8 ed., pp. 226-234). Barcelona: Masson.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307.
- Brown, A. S. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93(1), 23-58.
- Chalfoun, C., Karelis, A. D., Stip, E., & Abdel-Baki, A. (2016). Running for your life: A review of physical activity and cardiovascular disease risk reduction in individuals with schizophrenia. *Journal of sports sciences*, 34(16), 1500-1515.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dishman, R. K., & Buckworth, J. (1997). Adherence to Physical Activity. In A. C. e. S. Edmunds (Ed.), *Physical Activity & Mental Health* (pp. 64-79). Philadelphia: Taylor & Francis.

- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., & Pasillas, R. M. (2009). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 48-70.
- Faulkner, G., & Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 8(5), 441-457.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, R., & Vancampfort, D. (2016a). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 11(4), 408-423.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual review of sociology*, 8(1), 1-33.
- Gorczynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 36(4), 665-666.
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., & Möller, H.-J. (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(5), 318-378.
- Holley, J. (2011). Physical activity and mental health: reflections from research and implications for practice. *Mental Health Today*(2), 31-33.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361.

- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American journal of psychiatry*, 161(2), 1-56.
- Mackin, P., & Thomas, S. H. (2011). Atypical antipsychotic drugs. *British Medical Journal*, 342, 650-656.
- Maggouritsa, G., Kokaridas, D., Stoforos, P., Patsiaouras, A., Diggelidis, N., & Theodorakis, Y. (2014). The effect of a physical activity program on improving body cathexis and self-esteem of patients with schizophrenia. *Inquiries in Sports & Physical Education*, 12(1), 40-51.
- Mccreadie, R. G. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 534-539.
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76.
- McNamee, L., Mead, G., MacGillivray, S., & Lawrie, S. M. (2013). Schizophrenia, poor physical health and physical activity: evidence-based interventions are required to reduce major health inequalities. *The British Journal of Psychiatry*, 203(4), 239-241.
- Mutrie, N., & Faulkner, G. (2003). Physical activity and mental health A2 - Everett, Tina. In M. Donaghy & S. Feaver (Eds.), *Interventions for Mental Health* (pp. 82-97). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, 94(10), 1467-1479.

- Rosa, M. L. N. M., Silva, R. C. B., Moura-de-Carvalho, F. T., Brandão, M. L., Guimarães, F. S., & Del Bel, E. A. (2005). Routine post-weaning handling of rats prevents isolation rearing-induced deficit in prepulse inhibition. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(11), 1691-1696.
- Sewell, R. A., Skosnik, P. D., Garcia-Sosa, I., Ranganathan, M., & D'Souza, D. C. (2010). Efeitos comportamentais, cognitivos e psicofisiológicos dos canabinoides: relevância para a psicose ea esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 515-530.
- Silva, A. M., dos Santos, C. A., Miron, F. M., Miguel, N. P., de Carvalho Furtado, C., & Bellelmo, A. I. S. (2016). Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. *Unilus Ensino e Pesquisa*, 13(30), 18-25.
- Stefan, M., Travis, M., & Murray, R. M. (2002). *An atlas of schizophrenia*. New York: Parthenon Pub. Group.
- Tamayo, A., Campos M, A. P. d., Matos, D. R., Mendes, G. R., Santos, J. B. d., & Carvalho, N. T. d. (2001). A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de psicologia*, 6(2), 157-160.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., van Winkel, R., Deckx, S., Maurissen, K., Peuskens, J., & De Hert, M. (2010). Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177(3), 271-279.
- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011b). Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(6), 423-430.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito *Análise Psicológica*, 4(2), 101-110.
- Wilson, M. G., Ellison, G. M., & Cable, N. T. (2016). Basic science behind the cardiovascular benefits of exercise. *British Journal of Sports Medicine*, 50(2), 93-99.

World Health Organization. (2017). Schizophrenia. World Health Organization, Consult. 6 Agosto 2017, disponível em <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>





## **Capítulo II**

### **Fundamentação teórica**



## **2. Fundamentação teórica**

### **2.1. Esquizofrenia**

#### **2.1.1. Conceito**

Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001), a esquizofrenia é definida como uma doença mental grave que se caracteriza por perturbações presentes no pensamento, percepção e emoções impróprias que vão desde as funções mais básicas até consequências sociais adversas. O curso desta doença pode ser contínuo (*i.e.*, sem remissão de sintomas psicóticos), episódico (*i.e.*, com desenvolvimento progressivo de sintomas), estável (*i.e.*, sem alterações), ou pode, ainda, haver um ou mais episódios com remissão completa (*i.e.*, período de tempo após um episódio onde não existem sintomas) ou incompleta (*i.e.*, período de tempo de melhoria em que os critérios da doença são parcialmente preenchidos) (APA, 2014; WHO, 2016). A esquizofrenia é ainda considerada a doença mental mais intrigante e uma das mais debilitantes, sendo determinada por uma cognição desordenada, que engloba um ganho de função nos sintomas psicóticos e uma perda de função nas funções cognitivas específicas, como a memória funcional (Ivleva & Tamminga, 2009a, 2009b). Esta doença gera retração e agitação devido às alucinações, ilusões auditivas, olfativas ou visuais (Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 2005).

Esta doença é geralmente agrupada com outras doenças principais, que em conjunto são designadas de doenças do espectro esquizofrénico, com base numa combinação que deriva de observações e manifestações psicopatológicas feitas através da história familiar, prognóstico e apresentações clínicas (Raine, 2006). Os distúrbios da esquizofrenia incluem o transtorno de personalidade, psicose esquizoafetiva, psicose atípica e desordem delirante (Buchanan & Carpenter, 2000). No entanto, distinguem-se de outros distúrbios pela presença de sintomas psicóticos, não sendo estes causados pelo álcool, drogas ou uma condição médica (Mueser & Jeste, 2011). Esta doença tem um impacto profundo e de longo prazo no funcionamento psicossocial, onde estão englobadas as relações sociais, cuidados pessoais, capacidade de trabalho e o incumprimento de responsabilidades familiares (Mueser & Jeste, 2011). A esquizofrenia não é

uma doença única, mas um conjunto de condições que têm sintomas semelhantes que geralmente são associados com a ansiedade inexplicável, oscilações rápidas de humor e fadiga (Foster, 2003).

Esta doença engloba três fases, sendo a primeira o episódio agudo que se caracteriza-se por um período de tempo no qual surge a primeira manifestação da doença e onde são formalizados os critérios e sintomas da doença (APA, 2014). Nesta fase surgem as alucinações e distúrbios da percepção sensorial que resultam de uma incapacidade de separar as experiências que são reais das que não são (Mueser & Jeste, 2011). De seguida, ocorre a remissão parcial que se traduz numa fase de melhoria após o episódio anterior e em que os critérios da doença são visíveis apenas numa porção e não num todo. Por último, ocorre a remissão completa, ou seja, um período de tempo durante o qual não estão presentes os sintomas específicos da doença (APA, 2014).

#### **2.1.7. Prevenção e fatores de risco**

Antes do surgimento da doença é fundamental identificar os fatores de risco para a prevenção primária baseada em evidência, pois os estes ajudam a identificar pessoas com maior risco, orientando assim o desenvolvimento de estratégias e intervenções preventivas secundárias e terciárias adaptadas para pessoas específica em situações clínicas (Van et al., 2009). No caso da esquizofrenia, um fator de risco é uma característica inerente ou adquirida ou uma condição externa associada a uma maior probabilidade de desenvolver esquizofrenia (Norquist & Narrow, 2009). Os fatores de risco são categorizados de diversas formas, sendo eles: fatores sociodemográficos (*e.g.*, idade, género, raça, classe social), fatores que surgem imediatamente antes do início da esquizofrenia (*e.g.*, eventos de vida, migração) e fatores que atuam durante o desenvolvimento intrauterino durante uma parte (*e.g.*, genes, complicações perinatais, infeções) ou por um longo período de tempo (*e.g.*, abuso de substâncias) (Norquist & Narrow, 2009).

Como forma de prevenção, existem três tipos essenciais: a prevenção primária, a prevenção secundária e a prevenção terciária que se caracterizam dependendo se a estratégia previne a doença em si, a gravidade da doença ou

a deficiência associada (WHO, 2002). A prevenção primária tem como objetivo evitar possíveis fatores de risco que possam interromper a causa antes que esta desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença (OMS, 2001; Quirino et al., 2010). Esta prevenção é realizada numa fase precoce da doença, por isso são tomadas medidas de prevenção destinada ao período que antecede a doença como por exemplo a vacinação e o saneamento básico (Quirino et al., 2010). A prevenção secundária refere-se às intervenções que são realizadas para reduzir a prevalência da doença, ou seja, são elaboradas estratégias específicas relacionadas como o tratamento (WHO, 2002). Nesta fase de prevenção espera-se uma deteção da doença em indivíduos que já se encontram presumivelmente doentes, sendo que as medidas aplicadas sugerem um restabelecimento da saúde de modo a suportar um processo já iniciado para evitar e reduzir as suas consequências (Quirino et al., 2010). No caso da prevenção terciária, inclui intervenções que reduzem a incapacidade, sendo o seu objetivo evitar a progressão da doença tentando estabelecer de novo a situação anterior e a prevenção de recaídas através de tratamento e reabilitação (Quirino et al., 2010).

### **2.1.2. Sintomas**

A doença é geralmente caracterizada por uma combinação de sintomas designados de sintomas positivos, que provocam distorção da realidade, sintomas negativos, que incluem a apatia e sintomas cognitivos como é o caso da desorganização do pensamento. Para além destes, a depressão e ansiedade são outros sintomas que caracterizam a doença (Mueser & Jeste, 2011; Stefan et al., 2002).

Os sintomas positivos são comportamentos psicóticos nos quais prevalece a perda do contato com a realidade. O grau deste tipo de sintomas varia com o tratamento do paciente e incluem alucinações, delírios, transtornos do pensamento e do movimento (Trigoboff, 2009). As alucinações mais comuns são auditivas, com múltiplas vozes a conversar entre si, comentando sobre a vida ou o comportamento do paciente ou falando diretamente com o paciente (Ivleva & Tamminga, 2009a). As pessoas com esquizofrenia podem ouvir vozes

por extenso período de tempo até que os entes mais chegados se apercebam do problema. Além das vozes, podem ver pessoas ou objetos que não estejam presentes, cheirar algo que mais ninguém consegue ou sentir algo a tocar no corpo mesmo quando não há nada nem ninguém por perto. Os delírios caracterizam-se por falsas crenças e mesmo depois de provados que são falsos e que não têm lógica a pessoa continua a acreditar neles. Por exemplo, podem acreditar que a rádio transmite os seus pensamentos em voz alta para que os outros ouçam ou que a televisão envia mensagens especiais destinadas a eles (National Institute of Mental Health [NIMH], 2009). Existem vários tipos de delírios na esquizofrenia, os mais comuns são os delírios persecutórios (*i.e.*, crença de que a pessoa irá ser prejudicado, por alguém ou por um grupo); delírios de referência (*i.e.*, acreditar que gestos ou comentários são dirigidos ao próprio); delírios de grandeza (*i.e.*, quando uma pessoa crê que tem habilidades excecionais e de riqueza); delírios somáticos (*i.e.*, preocupações com a saúde); e delírio de perseguição (*i.e.*, acreditam que quem os rodeia está a tentar prejudicá-los de forma a conspirar, enganar ou espionar) (APA, 2014; NIMH, 2009).

Os sintomas negativos são mais complicados de reconhecer e podem ser facilmente confundidos com depressão ou outra condição que não seja a esquizofrenia. Estes sintomas caracterizam-se pela falta de prazer na vida quotidiana, incapacidade para começar e sustentar atividades planeadas e pouca interação social. As pessoas com esta incapacidade normalmente necessitam de ajuda com as tarefas diárias pois negligenciam o básico da higiene pessoal o que as leva a parecer desleixados (National Institute of Mental Health, 2009; Tandon & Jibson, 2002). Estes sintomas incluem características como a pobreza do discurso e do pensamento, perda de motivação e apatia (Tandon & Jibson, 2002). Atualmente, Marder e Galderisi (2017), identificam como sintomas negativos a alogia, falta de atenção e de interesse social e avolição. Estes sintomas impedem que o paciente tenha uma vida quotidiana normal e prejudicam a estabilidade do seu relacionamento com familiares (Carvalho et al., 2014). Os sintomas cognitivos podem ser difíceis de reconhecer como parte da doença, e na maior parte dos casos só são detetados com

exames específicos. Muitas vezes as próprias pessoas notam alterações na sua memória ou outro aspeto do pensamento, podendo originar um grande sofrimento emocional em que se torna difícil ter uma vida normal. Estes sintomas caracterizam-se pela falta de atenção, má compreensão de informações e incapacidade de utilizar uma informação imediatamente após a sua aprendizagem (NIMH, 2016).

Os distúrbios do pensamento e do movimento são outro tipo de sintomas manifestados por esta doença. Estes são formas incomuns ou disfuncionais de pensar denominadas de pensamento desorganizado, ou seja, acontece quando alguém tem dificuldade em organizar os seus pensamentos ou juntá-los de forma lógica ou quando a pessoa inventa palavras sem sentido. Podem ser subdivididos nas perturbações intrínsecas do pensamento e transtorno na forma em que os pensamentos são expressos na linguagem (NIMH, 2009; Silva, 2006). Os distúrbios do movimento aparecem de duas maneiras, com movimentos agitados do corpo ou persistir em estado de catatonia. No caso do corpo se manifestar de forma agitada, a pessoa repete certos movimentos corporais repetidamente. No outro extremo, a catatonia, quando o tratamento para a esquizofrenia era inexistente ocorria frequentemente, atualmente é raro. Esta acontece quando a pessoa se apresenta num estado em que não se move nem responde a estímulos (NIMH, 2009).

### **2.1.3. Aspetos epidemiológicos**

A esquizofrenia encontra-se registada em todas as sociedades e áreas geográficas, a sua incidência e taxas de prevalência ao longo da vida são praticamente iguais a nível mundial. Verifica-se uma maior prevalência da esquizofrenia entre populações urbanas e socioeconomicamente mais baixas o que pode estar associada ao baixo nível socioeconómico e à imigração. A esquizofrenia tem uma maior incidência em crianças que crescem em ambiente urbano e em alguns grupos étnicos minoritários (APA, 2014). A percentagem média anual engloba cerca de 0,7% da população geral e é semelhante em todo o mundo (Ruiloba, 2015). A nível nacional, no ano de 2004, de acordo com osensos de psiquiatria, de todas as doenças que participaram no senso estimou-

se 21,2% tinha esquizofrenia, sendo que 65,1% corresponde ao género masculino e 34,9% ao feminino (Direcção Geral da Saúde, 2004). Mais recentemente estimou-se que haveria entre 40 a 60 mil pessoas com esquizofrenia em Portugal (Queiroz, 2013).

Embora a esquizofrenia afete homens e mulheres com igual frequência, a doença surge mais cedo nos homens do que nas mulheres (NIMH, 2014; 2009). No género masculino, a incidência no aparecimento de sintomas positivos atinge o pico entre os 17 e os 27 anos, enquanto nas mulheres o pico de incidência é mais prolongado, entre os 17 e os 37 anos (Buchanan & Carpenter, 2000). O início da doença ocorre, geralmente, entre os 15 e os 30 anos de idade (Ruiloba, 2015), sendo a taxa de prevalência da doença de aproximadamente 1,1% da população com idade superior a 18 anos (Trigoboff, 2009). Embora o início de doença ocorra na fase da adolescência, existem casos raros de surgimento da esquizofrenia na infância e após os 45 anos (Trigoboff, 2009).

#### **2.1.4. Diagnóstico**

O diagnóstico da esquizofrenia é feito a partir da exclusão de outras patologias (Gelder et al., 2002); e envolve um conjunto de sintomas e associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado (APA, 1994). Para que o diagnóstico seja válido, primeiramente, o paciente tem de ter pelo menos dois dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado ou sintomas negativos. Estes deverão estar presentes várias vezes durante pelo menos um mês. Caso os delírios sejam bizarros ou alucinações auditivas o paciente pode apresentar apenas um sintoma (APA, 1994). A manifestação de disfunção social é outro critério de diagnóstico que é caracterizado por um baixo nível em uma ou mais áreas importantes do funcionamento que se verificam antes do início dos sintomas psicóticos, como por exemplo apresentar um desempenho inferior no trabalho e nas relações pessoais. Além destes critérios de diagnóstico existem ainda: i) a presença de sinais contínuos de perturbação durante pelo menos seis meses, onde durante este tempo é incluído no mínimo um mês de sintomas; ii) exclusão de perturbações esquizoafetivas, transtorno depressivo, distúrbios de humor e



transtorno bipolar; iii) exclusão da condição dos sintomas estar associada ao consumo de substâncias e; iv) se existir a possibilidade do transtorno do espectro do autismo ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico da esquizofrenia só é realizado caso haja delírios ou alucinações proeminentes para além dos sintomas exigidos para o diagnóstico da esquizofrenia (APA, 1994).

Ainda existem dificuldades ao nível do diagnóstico mais acertado para classificar a esquizofrenia. A *American Psychiatric Association* apresenta o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a *World Health Organization* apresenta a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) como dois instrumentos de diagnóstico. Estes são utilizados para traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde e ambos compartilham o objetivo de harmonizar as duas classificações o máximo possível, contudo existem diferenças entre os dois manuais (APA, 2014; WHO, 2010). Quando comparamos os dois instrumentos podemos verificar que no DSM-IV a duração mínima para a presença de sintomas é de 6 meses, enquanto no ICD-10 a duração é de 1 mês (Tandon et al., 2013).

### **2.1.5. Tipos de esquizofrenia**

A APA (1994) e Renca e Cerejeira (2014), descrevem cinco subtipos na esquizofrenia: indiferenciada, paranóide, catatónico, residual e desorganizada. Existe ainda outro subtipo, a esquizofrenia simples, o seu diagnóstico baseia-se unicamente nos sintomas positivos ou negativos, em que os sintomas psicóticos não são necessários para o diagnóstico (WHO, 2016). O diagnóstico de cada subtipo é baseado no quadro clínico que se obteve na avaliação mais recente e pode ser alterado ao longo do tempo (APA, 1994).

O subtipo designado de esquizofrenia indiferenciada inclui pessoas que satisfazem critérios para esquizofrenia, mas não podem ser claramente classificados em qualquer dos outros subtipos. O seu diagnóstico é a exclusão de outros subtipos (Lewis et al., 2009; WHO, 2016). O que distingue a esquizofrenia paranóide é a presença de um ou mais delírios e alucinações auditivas frequentes (Lewis et al., 2009). O primeiro episódio da doença

geralmente manifesta-se numa idade mais avançada do que em pessoas com esquizofrenia catatónica ou desorganizada. Neste subtipo a pessoa demonstra menos regressão nas respostas emocionais e comportamento do que com outros tipos de esquizofrenia (Sadock et al., 2015).

O subtipo catatónico tem como principais características distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos como hipercinésia e estupor, obediência automática, negativismo ou imobilidade. Os episódios de excitação violenta podem ser uma característica marcante da condição (Afonso, 2010; Lewis et al., 2009; WHO, 2016). Na esquizofrenia residual, encontram-se as pessoas que tiveram pelo menos um episódio psicótico no passado e já cumpriram os critérios para esquizofrenia anteriormente, mas que atualmente não têm sintomas psicóticos. No entanto, as pessoas continuam a exibir evidências da doença com sintomas negativos, sintomas residuais ou ambos. A condição pode ser crónica ou pode ser uma transição para uma remissão completa da doença (Lewis et al., 2009). O subtipo desorganizado caracteriza-se por um discurso e comportamento desorganizados, afeto plano ou inadequado e falta de atenção. A esquizofrenia desorganizada pode levar a uma grave incapacidade na realização de atividades da vida diária (APA, 1994; Lehman et al., 2004).

#### **2.1.6. Causas**

As causas exatas da esquizofrenia ainda não são conhecidas, porém, as investigações apontam para fatores que podem afetar o desenvolvimento cerebral ou uma ligação genética (Canadian Psychiatric Association & Schizophrenia Society of Canada, 2007). No entanto, abrange um conjunto de fatores que aumentam o seu risco de incidência sendo as principais de origem ambiental ou genética (Afonso, 2010).

As causas ambientais como a estação do ano na altura do nascimento são associadas à incidência da esquizofrenia, ou seja, quando o nascimento coincide no fim do inverno/início da primavera em alguns locais e no verão em outros, é mais propício o desenvolvimento da doença (APA, 1994, 2014). Além das causas ambientais, existe uma forte contribuição dos fatores genéticos na

determinação do risco para esta doença, embora a maioria das pessoas com diagnóstico não tenha história familiar de psicose (APA, 1994, 2014). Quando comparados com grupos de controlo saudável, as pessoas com esquizofrenia apresentam um maior número de complicações na gestação e no nascimento como a hipoxia e idade avançada dos pais que estão associadas a um maior risco para o feto. Além disso, outras adversidades no pré-natal e no perinatal, incluindo stresse, infeções, desnutrição, diabetes materno e outras condições médicas têm ligação com a esquizofrenia (APA, 2014; Norquist & Narrow, 2009). A doença pode manifestar-se de forma diferente nos dois géneros porém fatores hormonais ou socioculturais podem estar envolvidos na predisposição dos homens desenvolverem a doença mais cedo (Norquist & Narrow, 2009).

Segundo Norquist e Narrow (2009), o número de casos identificados da doença tem sido mais elevado entre os membros das classes sociais inferiores em relação às classes superiores. Isto pode ser explicado pela teoria da causalidade social, ou seja, há mais stresse, maior exposição a riscos ambientais e a infeções, menor cuidado pré-natal e menos recursos de apoio. O abuso de substâncias pode induzir em alguns casos sintomas psíquicos idênticos aos da doença, podendo aumentar a incidência de desenvolvimento da mesma (Machado et al., 2014; Westermeyer, 2006).

#### **2.1.8. Tratamento**

Os objetivos gerais no tratamento da esquizofrenia são a redução da frequência, gravidade e consequências psicossociais dos episódios e otimização da função psicossocial entre eles (García-Sancho, 2009). Os objetivos específicos definem-se pelo estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica, supervisão do estado psiquiátrico do paciente, auxílio na educação do paciente e da família sobre a doença e o seu tratamento, facilitação do cumprimento do plano de tratamento, aumento da compreensão e adaptação aos efeitos psicossociais da doença, identificação de fatores que antecipem crises e promoção de intervenções precoces para prevenir recaídas e auxiliar no acesso a serviços de apoio (García-Sancho, 2009).

O grau de esquizofrenia é único em cada paciente e por isso o seu plano de medicação também o é, ou seja, o tipo e a dosagem dos medicamentos variam para cada pessoa. A medicação inicia-se durante o processo de avaliação contínua para atenuar e controlar os sintomas, melhorando a qualidade de vida (Canadian Psychiatric Association & Schizophrenia Society of Canada, 2007). Por este motivo, mesmo que advenham efeitos adversos da medicação antipsicótica esta não deve ser impedida, devendo ser feito um esforço para que esses efeitos colaterais sejam minimizados. O tratamento realizado com medicamentos antipsicóticos deve ser vigiado de perto pelo médico de forma a monitorizar quaisquer sinais precoces de perturbações metabólicas como por exemplo, ganho de peso rápido ou persistente após o início de um novo fármaco antipsicótico (Vieweg & Hasnain, 2012). Quando o resultado terapêutico não é o esperado a resposta mais comum pelos clínicos é a de tentar adicionar outro antipsicótico ou estabilizador de humor (Torrey & Davis, 2012). Os medicamentos antipsicóticos mais comuns são a clorpromazina, haloperidol, perfenazina e flufenazina. Ao longo do tempo foram desenvolvidos novos medicamentos, os de segunda geração onde se evidencia a clozapina, esta é indicada para as pessoas que não respondem a outros medicamentos antipsicóticos e é eficaz no tratamento de sintomas psicóticos e alucinações (NIMH, 2009).

O tratamento desta doença deve ser abordado de um modo global com um vasto de recursos desde médicos, psicoterapeutas, reabilitação e ajuda familiar. No entanto, nenhum desses recursos por si só constitui uma resposta terapêutica suficiente e exclusiva, a prescrição de medicamentos antipsicóticos é o ato terapêutico básico e fundamental, mas deve-se ter em atenção os problemas psicológicos, tais como a autoestima e educação para a adesão ao tratamento, o aconselhamento para a vida familiar e as necessidades de emprego e de desenvolvimento pessoal do paciente (Rebolledo Moller & Lobato Rodríguez, 2005).

Apesar da eficácia do tratamento farmacológico, este não dispensa acompanhamento e tratamento psicológico que deriva do défice cognitivo e social associado à doença. Assim sendo, a psicoterapia no âmbito social pode

melhorar o desempenho psicossocial, ajudando o paciente nos seus relacionamentos pessoais, profissionais e familiares bem como na obtenção de maior independência e autonomia, aumentando assim a capacidade de gerir a própria vida e melhorar a autoestima. Este tratamento é efetuado de diversas formas, sendo as principais: terapia individual, terapia de grupo, terapia educativa, terapia familiar, treino social, treino vocacional e AF (Alves & Silva, 2001; Bernardo & Bioque, 2015; Faulkner & Biddle, 1999; Vancampfort et al., 2016; Vieira, 2013; Zanini, 2000).

O aumento da qualidade de vida considera-se primordial, e a oportunidade de experienciar exercícios consistentes e estruturados proporciona o alcance desse objetivo (Faulkner & Biddle, 1999). Sendo a AF uma intervenção complementar ao tratamento para problemas de saúde mental (Mutrie & Faulkner, 2003) permite que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia obtenham uma maior sensação de controlo sobre o seu tratamento (Holley, 2011).

## **2.2. Atividade física e esquizofrenia**

Caspersen et al. (1985) definem a AF como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num dispêndio de energia maior do que os níveis em repouso. De acordo com a WHO (2015) as atividades realizadas no trabalho, jogos, tarefas domésticas, viajar e atividades recreativas estão incluídas nas AF. O exercício é um subconjunto de AF que é planeada estruturada e repetitiva e que se destina a melhorar ou a manter componentes da aptidão física como a força e a flexibilidade, em vez de alcançar um nível estabelecido. Enquanto o desporto se refere à atividade realizada sob um enquadramento de regras específicas tendo como principal objetivo a competição (Caspersen et al., 1985).

O exercício físico subdivide-se em dois tipos, o exercício aeróbico e o exercício anaeróbico. O exercício aeróbico é um tipo de exercício dinâmico ou de resistência (e.g., ciclismo, caminhada, natação), em que os principais benefícios são a melhoria dos sistemas de captação de transporte de oxigénio tal como os problemas cardiovasculares e respiratórios. No exercício

anaeróbico, onde predominam exercícios estáticos ou de força (e.g., treino intervalado de alta intensidade) e refere-se a um tipo de exercício intenso e de curta duração (Cardoso, 2000; Patel et al., 2017). As recomendações de AF para pessoas com esquizofrenia são de pelo menos 3 dias por semana durante um período mínimo de 20 minutos de atividades vigorosas, pelo menos 5 dias de 30 minutos de atividades de intensidade moderada ou caminhada ou de uma combinação de atividades de intensidade moderada, vigorosa e caminhada (Vancampfort et al., 2013). Um estudo acerca dos efeitos da AF relativamente ao estado mental e qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia concluiu que o exercício aeróbio moderado é eficaz na diminuição dos sintomas (Acil et al., 2008).

As pessoas com esquizofrenia apresentam um risco substancialmente mais elevado de doença cardiovascular, fatores cardiometabólicos (e.g., obesidade, resistência à insulina e hipertensão), doenças respiratórias e morte prematura em comparação com a população em geral. Estima-se que cerca de 80% das mortes esteja associada a essas condições de saúde (Chalfoun et al., 2016; Lawrence et al., 2013; Rastad et al., 2014). Este perfil pode ser explicado pelos efeitos adversos de medicamentos antipsicóticos e a prevalência de estilo de vida não saudável como as elevadas taxas de tabagismo, má nutrição e baixos níveis de AF (Chalfoun et al., 2016). Sendo a esperança média de vida de adultos com doença mental menor do que a população em geral (Sampaio & Caetano, 2006), a AF tem sido recomendada para a prevenção de condições de saúde física na doença mental grave (Fraser et al., 2015; Richardson et al., 2005). Nomeadamente, na doença mental grave, os benefícios da prática de AF estão associados a resultados positivos imediatos e podem ser físicos, sociais (Firth et al., 2016a) e psicológicos (Bassilios et al., 2014). Como benefícios físicos destacam-se o controlo de peso, (Fraser et al., 2014; Shor & Shalev, 2016), aumento da aptidão física e do tônus muscular (Firth et al., 2016c). Os benefícios sociais incluem um aumento da socialização (Stubbs et al., 2014) através do conhecimento de novas pessoas (Firth et al., 2016b). Os benefícios psicológicos mais importantes são: aumento do bem-estar; melhoria da autoconfiança; redução de stresse e ansiedade (Acil et al., 2008; Faulkner &

Biddle, 1999; Vancampfort et al., 2011c; Vancampfort et al., 2009); melhoria na qualidade de vida; bem-estar emocional (Martinsen & Taube, 2010; Stubbs et al., 2014); divertimento e confiança (Firth et al., 2016b) melhor qualidade de sono (Faulkner et al., 2007) e redução dos sintomas (Rosenbaum et al., 2014).

Rastad et al. (2014) estudaram a perspectiva da pessoa com esquizofrenia sobre a AF, tendo demonstrado como barreiras à prática de AF os seguintes aspetos: i) sintomas derivados da doença (*i.e.*, cansaço, satisfação com a inatividade, solidão, sobrepeso e obesidade); ii) resultados negativos imediatos consequentes da prática (*i.e.*, dor e falta de sentimentos positivos); iii) expectativas negativas (*e.g.*, medo de fracasso, falta de tempo e de motivação); iv) opiniões e ideias erradas sobre AF; v) dificuldade na perceção corporal e falta de recursos financeiros; e vi) reduzidos acessos a instalações desportivas. Outros estudos acrescentam como principais barreiras para a AF: i) deficiência física ou recuperação de lesão; ii) efeitos secundários da medicação; iii) falta de tempo para a prática; iv) preocupações de segurança (McDevitt et al., 2006; Shor & Shalev, 2016).

## **2.3. Autoestima, autoconceito e auto-perceção física**

### **2.3.1. Definição de autoestima**

A autoestima é considerada a valorização intrínseca que a pessoa estabelece sobre si mesmo em diversos eventos e situações da vida a partir de um determinado conjunto de valores designados por ele próprio, que poderão ser positivos ou negativos (Schultheisz & Aprile, 2015). Em acréscimo, a autoestima é identificada uma construção psicológica importante por se tratar de uma componente central da experiência diária de cada pessoa. Refere-se à forma como as pessoas se sentem em relação a si mesmas, o que reflete e afeta as transações em curso com o meio ambiente e as pessoas que nele se encontram. Para Kernis (2003) a autoestima inclui traços e características de personalidade, predisposições afetivas e tendência motivacionais e cognitivas. Brown e Marshall (2006) acrescentam ainda que o conceito de autoestima é a avaliação do autoconhecimento que diz respeito ao modo que as pessoas gostam de si mesmas.

A autoestima pode ser alta ou baixa, dependendo da condição, seja esta defensiva ou verdadeira, instável ou estável, positiva ou negativa (Kernis, 2003). O mesmo autor refere que quem possui uma autoestima elevada geralmente é capaz de se aceitar a si mesmo como realmente é. Estas pessoas possuem uma base sólida e realista para com os seus sentimentos de autoestima e não requerem sentimentos de superioridade em relação aos outros, os seus sentimentos permitem-lhes reconhecer as suas fraquezas sem se sentirem ameaçados pela sua imperfeição. Como consequência, são capazes de enfrentar o sucesso e o fracasso nas suas vidas diárias sem que essas experiências tenham impactos graves sobre o que sentem sobre si mesmos (Kernis, 2003). Por outro lado, a baixa autoestima refere-se a sentimentos vulneráveis que exigem validação constante (Kernis, 2003). A baixa autoestima pode ser uma consequência de uma doença que tenha resultado de uma experiência de vida precoce (e.g., problemas familiar, falta de recursos) (Zeigler-Hill, 2011). Hogg e Vaughan (2014) abordam as características da autoestima, assim sendo, a alta autoestima tem como principais características: persistência diante do fracasso, estado emocional e afetivo estável, menor risco de ser persuasivo e influenciado, inexistência de conflito entre querer e obter sucesso e reação positiva a uma vida bem-sucedida. Por outro lado, a baixa autoestima tem como características: vulnerabilidade ao impacto dos eventos diários, mudanças drásticas de humor, facilidade de ser influenciado e negativismo a uma vida bem-sucedida.

Brown e Marshall (2006) abordam três formas de autoestima, a autoestima global, o sentimento de autoestima e a autoestima específica do domínio. A autoestima global refere-se a uma variável de personalidade que representa a forma como as pessoas se sentem em relação a si mesmas e geralmente é uma reação duradora. Os sentimentos de autoestima são reações autoavaliadoras de emoções a eventos vividos, ou seja, refere-se a experiências vividas que podem ameaçar ou estimular a autoestima. A autoestima específica do domínio é utilizada para se referir ao modo como as pessoas avaliam as suas qualidades e características. Uma pessoa pode ter uma baixa autoestima num determinado domínio e ter uma alta autoestima em outro domínio diferente,



sendo que se pode dar menos importância a um domínio que se considere ter competência baixa de forma a proteger a autoestima e a reduzir o impacto negativo (Brown & Marshall, 2006).

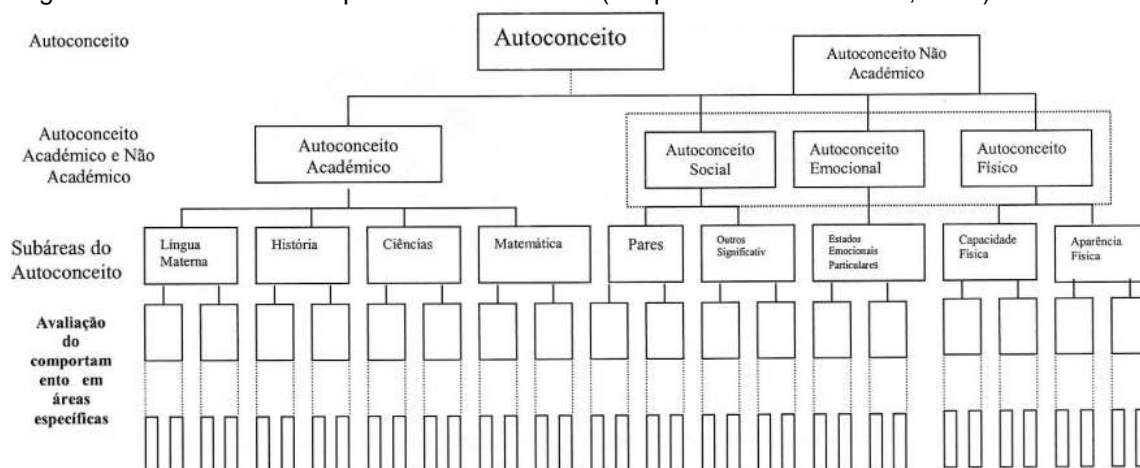
Com o intuito de avaliar a autoestima numa perspetiva global, Rosenberg (1965) propôs a Escala de Autoestima de Rosenberg, com a finalidade de atingir uma medida unidimensional de autoestima global. Este instrumento é o mais comum para avaliar a autoestima (Rosenberg, 1979). Em Portugal, a escala foi traduzida e adaptada por Vasconcelos-Raposo et al. (2012). Mais concretamente na esquizofrenia, vários estudos utilizaram a escala de Rosenberg para correlações entre a autoestima e variáveis como a qualidade de vida, índice de massa corporal IMC, trabalho e imagem corporal (Kumar & Mohanty, 2016; Oh et al., 2017; Wartelsteiner et al., 2016; Yoshii et al., 2016).

### **2.3.2. Autoconceito e auto-perceção física**

O autoconceito é a perceção que a pessoa tem de si mesma e o conceito que forma a partir dessa perceção (Vaz Serra, 1988). Este representa a própria perceção de competência em domínios de realização de modo a que cada indivíduo avalie de uma forma fidedigna as suas competências e capacidades pessoais (Neves & Faria, 2009). Para Carless e Fox (2003) o autoconceito é visto como a auto descrição das habilidades, qualidades, traços, atividades, moral e valores e papéis adotados pela própria pessoa.

De acordo com Vaz Serra (1988) existem quatro tipos de influências na construção do autoconceito: i) a forma como os outros observam o indivíduo; ii) a noção que o indivíduo tem do seu desempenho em determinadas situações; iii) a atitude do indivíduo perante as pessoas com quem se identifica e; iv) a avaliação de uma atitude específica perante valores veiculados por grupos normativos. O mesmo autor refere que o autoconceito se divide em autoconceito real e autoconceito ideal, sendo que o primeiro diz respeito à maneira que a pessoa se caracteriza a si própria, o segundo mostra como a pessoa gostaria de ser. Ambos podem estar mais próximos ou afastados entre si, sendo que quanto maior for a diferença, maior é a aceitação que o indivíduo tem de si mesmo (Vaz Serra, 1988).

Figura 1: Constructo hierárquico do autoconceito (adaptado de Sewell et al., 2010)

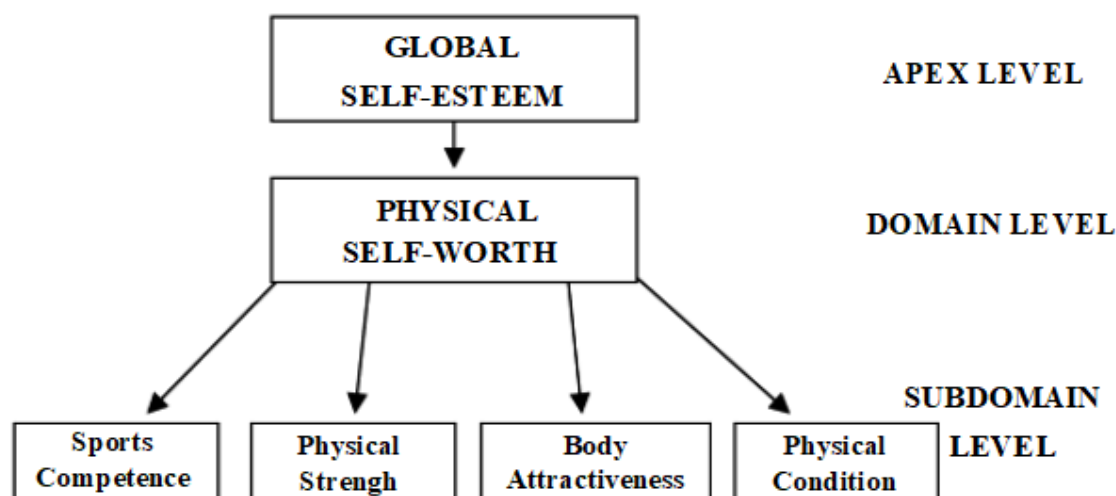


Shavelson et al. (1976) apresentaram um modelo hierárquico do autoconceito (figura 1) em que o autoconceito surge no topo e apresenta-se dividido em autoconceito académico e autoconceito não académico. O autoconceito divide-se em diversas áreas académicas como a língua materna, história, ciências e matemática); o autoconceito não académico divide-se nos domínios social, emocional e físico. Os níveis de divisão vão sendo mais específicos à medida que se chega à base do modelo.

Em relação à auto-perceção física, esta define-se como a visão que o indivíduo possui dos seus atributos e capacidades físicas. A forma do corpo, as suas proporções e habilidade física que temos fornecem a primeira avaliação social de personalidade e confiança dos outros sobre nós mesmos (Carless & Fox, 2003). O *Eu* físico desenvolve-se a partir de uma observação que pode ter consequências positivas ou negativas. Devido a esta observação, o modo como nos sentimos sobre a nossa imagem em público é capaz de determinar e refletir a forma como nos sentimos sobre nós mesmos, o que resulta em associações entre auto-avaliações do *Eu* físico e da autoestima global ao longo da vida (Fox, 1997).

Uma parte importante do autoconceito é a autoestima (Baumeister, 2014), pois esta além de ser um constituinte intrínseco do autoconceito, deriva dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas competências (Vaz Serra, 1988).

Figura 2: Hipótese dos três níveis de organização hierárquica da autopercepção de Fox e Corbin (1989)



O modelo apresentado na figura 2 considera que no primeiro nível se encontra a autoestima global seguido da autoestima física que depende de quatro dimensões: competência desportiva, corpo atraente, força física e condição física. No modelo verificamos relações entre os domínios e o seu nível mais próximo (e.g., a competência desportiva tem uma correlação mais significativa com a autoestima física e menor com a autoestima global). A multidimensionalidade deste modelo estabelece que as facetas da autoestima apesar de estarem ligadas possam ser divididas e avaliadas em três níveis diferentes domínios conforme descrito na figura (Fox & Corbin, 1989).

Assim, Fox e Corbin (1989) desenvolveram um modelo hierárquico multidimensional de auto percepção física que foi utilizado como base para as auto-percepções físicas, sendo um instrumento multidimensional que mede as percepções do *Eu* físico, o PSPP. Este modelo possibilita aos inquiridos a indicação das suas percepções relativamente a si próprios no que diz respeito a aspetos do seu *Eu* físico (Santos, 2006). O PSPP basou-se nos instrumentos gerais de autoconceito (Harter & Messier, 2012; Shavelson et al., 1976). O PSPP através da construção da autoestima possibilita a medição dos níveis auto-percepção física, organizados com base na especificidade da situação. O instrumento permite medir simultaneamente várias partes do *Eu* físico em conjunto com uma medição da autoestima global, fornecendo uma estrutura para

investigar os mecanismos de alteração de autoestima através do exercício (Fox & Corbin, 1989).

O modelo original de Fox e Corbin (1989) é composto por 30 itens que englobam quatro domínios. O primeiro corresponde à competência desportiva que engloba as perceções desportivas e de condição física bem como a capacidade para aprender uma nova técnica desportiva e a confiança em contextos desportivos e de AF. O segundo domínio refere-se à condição física que reporta para perceções sobre o nível de condição física, resistência, capacidade para persistir na prática de AF e confiança na aparência. O terceiro domínio é a aparência física que se caracteriza pelas perceções acerca da atração exercida pelos outros através da aparência e a capacidade de obter um corpo atraente e confiante. Por último, força física engloba perceções sobre a força física que correspondem à confiança em situações que requerem força e ao desenvolvimento muscular. A autoestima física é domínio específico que foi adicionada posteriormente com a finalidade de avaliar dois níveis diferentes de auto-perceção física. Esta caracteriza-se por sentimentos positivos de satisfação, orgulho e confiança do *Eu* físico, ou seja, o modo como a pessoa se sente em relação à sua dimensão física geral (Fonseca & Fox, 2002; Fox & Corbin, 1989).

Posteriormente foi testada a hipótese de se juntar dois dos domínios físicos, nomeadamente a competência desportiva e a condição física que originaram apenas um domínio, a confiança física. Assim sendo, o questionário passou a ser composto por 4 subescalas: i) confiança física; ii) aparência física; iii) força física; iv) autoestima física (Fonseca & Fox, 2002; Fox & Corbin, 1989).

Assim sendo, Fonseca e Fox (2002) analisaram as propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento com adultos que praticavam AF, foram analisados quatro modelos do PSPP e subescalas correspondentes onde concluíram, através do alfa de Cronbach, que para cada subescala dos quatro modelos investigados, todas apresentaram uma consistência interna aceitável, não havendo nenhum resultado abaixo de 0.71. Também em Portugal, foram reportados valores de coeficiente teste-reteste de 0.6 a 0.88 para os indivíduos do sexo feminino e de 0.58 a 0.84 para os indivíduos do sexo

masculino, ambos estudantes universitários (Ferreira & Fox, 2007). Uma vez que o objetivo destes dois estudos foi determinar a validade e fiabilidade do PSPP para avaliar o modo como os adultos se percebem fisicamente, o nosso estudo pretende determinar a adequação da utilização do questionário em indivíduos com esquizofrenia. O PSPP tem sido utilizado em combinação com o instrumento de avaliação de autoestima global, o questionário de autoestima de Rosenberg, pois fornece uma estrutura para investigação dos mecanismos de autoestima através de uma medida global de auto-perceções (Fox, 1990).

O PSPP foi aplicado por Van de Vliet et al. (2002a), na população em geral e com doença mental numa versão do questionário com quatro subescalas (*i.e.*, competência/ condição física, atração física, força física e autoestima) que foi traduzida para Holandês. Os autores citados anteriormente reportaram consistência interna com alfa de Cronbach entre 0.83 e 0.93. No mesmo ano, Van de Vliet et al. (2002b) defendem que o questionário é válido para pessoas com doença mental reportando uma correlação forte com valores de alfa de Cronbach entre 0.78 to 0.94. Por outro lado, Moammadi Nezhad et al. (2011) validaram o PSPP em pessoas com depressão demonstrando boa consistência interna (0.81 a 0.87) e confirmou a validação do questionário na doença mental. No estudo referido anteriormente o questionário foi traduzido para dinamarquês e entregue à amostra para o preencher, estando um assistente disponível para as instruções, neste questionário foi utilizada uma versão de quatro subescalas gerais (*i.e.*, competência desportiva, força física, condição física e atração corporal) e com a subescala específica da autoestima física.

### **2.3.3. Autoestima, auto-perceção e esquizofrenia**

Fox (2000a) define que o *Eu* físico pode ser particularmente importante no desenvolvimento da autoestima e que o envolvimento na AF pode promover autoestima através dos seguintes mecanismos: i) mecanismo psicofisiológico indeterminado melhora o humor e a autoestima positiva; ii) uma imagem melhorada, melhor definição do tônus muscular, satisfação corporal ou aceitação do corpo através da perda de peso; iii) competência física percebida melhorada e aspetos de aptidão como força e função cardiorrespiratória; iv) aumento da

autonomia e controlo pessoal sobre o corpo, aparência e funcionalidade e v) maior sentimento de presença em exercícios físicos.

A autoestima sendo uma construção multidimensional e hierárquica importante para o bem-estar e para a saúde mental, é fortemente influenciada pela própria auto-perceção física (Lindwall & Asçi, 2014). A relação entre autoestima e AF é bidirecional, sendo que a participação em atividades físicas aumenta a autoestima (Richardson et al., 2005) e, por sua vez, uma maior autoestima está associada ao aumento da AF (Lindwall & Asçi, 2014).

Embora a participação na AF esteja associada com um maior bem-estar, não é possível determinar o grau em que as auto-perceções são determinantes ou resultados da participação na AF. É plausível que haja um elevado grau de processamento simultâneo na medida em que os benefícios de auto-perceção são experimentados e isso aumenta a motivação para participar em AF (Fox, 2000b). Segundo Fox (2000a) as associações de auto-perceção podem ser reforçadas pelo abandono prévio do desporto daqueles que sofreram falhas e como consequência as suas auto-perceções físicas e autoestima foram ameaçadas.

A diminuição da autoestima e a decadência da qualidade das relações sociais está associada às condições de tratamento e ambiente de cuidados de saúde nas pessoas com doença mental. As pessoas com esquizofrenia apresentam uma autoestima física reduzida, ou seja, têm um baixo sentimento de orgulho, felicidade, satisfação e confiança em si próprios (Vancampfort et al., 2011b). Assim sendo, classificam-se como menos capazes de se manter ativos, de ter um corpo atraente, um estilo de vida não saudável e sedentário e por uma obterem uma auto-perceção reduzida (Vancampfort et al., 2011b). A sua baixa autoestima em relação à população geral pode ser causada pelo estigma social (Navarro Bayón & Carrasco Ramírez, 2009), longos períodos de internamento e interações familiares negativos (Borras et al., 2009). Karatzias et al. (2007) referem que a baixa autoestima pode estar relacionada ao desenvolvimento e manutenção da ansiedade nas relações afetivas na esquizofrenia. Os autores referidos anteriormente reportaram que a presença de ansiedade está associada a uma menor autoestima. A baixa autoestima na esquizofrenia conduz à

depressão, o que leva à falta de motivação, isolamento, dificuldades em adaptar-se a diversas situações e a lidar com o *stress* (Borras et al., 2009). Jones et al. (2010) encontrou uma associação entre a redução da gravidade dos sintomas negativos e melhoria da autoestima e, por outro lado, um aumento dos sintomas estaria associado a uma decadência na autoestima.

A autoestima pode melhorar quando as pessoas com esquizofrenia estão inseridas num programa de reabilitação e seguidos por um terapeuta pois durante as intervenções são incentivados na melhoria da autoestima (Borras et al., 2009). De acordo com Vancampfort et al. (2011b), a incapacidade de percepção da condição desportiva, a autoestima física reduzida e a insatisfação com a aparência devem ser consideradas tendo em conta a autoestima total das pessoas com esquizofrenia. Nas intervenções relacionadas com a AF na esquizofrenia, Vancampfort et al. (2011a) reportam para elementos essenciais para garantir uma adesão à prática: concentração na confiança do *Eu* físico, na procura de um objetivo e experiências de sucesso e em melhorias percebidas da aptidão física

Em suma, Vancampfort et al. (2011a) referem que as pessoas com esquizofrenia são caracterizadas por uma baixa autopercepção física e que esta está relacionada com um maior IMC, menor autoestima, menor participação em AF e, conseqüentemente menor capacidade funcional para o exercício. O mesmo autor reporta a importância de compreender os mecanismos de auto-percepção física que possam contribuir para diminuir as barreiras na participação de AF para pessoas com esquizofrenia.

No que se refere à validação de instrumentos de avaliação das auto-percepções-física e especificamente à fiabilidade do PSPP na população com esquizofrenia apenas se identificaram dois estudos. Nomeadamente, Vancampfort et al. (2011b) utilizaram uma versão dinamarquesa de 30 itens com três subescalas: aparência física, força física e autoestima física tendo verificado que as pessoas com esquizofrenia demonstram um nível reduzido de auto-percepção física e um estilo de vida sedentário. No outro estudo é utilizado o PSPP numa versão com cinco escalas: competência desportiva, aptidão física, aparência física, força física e autoestima física, onde os valores de alfa foram

classificados de bons a muito bons, sendo que para a força física e autoestima física o valor foi de 0.80 e para a competência desportiva e aptidão física o valor de 0.90 (Vancampfort et al., 2011a).



## 2.4. Referências Bibliográficas

- Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípiã.
- Alves, C. R. R., & Silva, M. T. A. (2001). A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. *Estudos de Psicologia*, 18(1), 12-22.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5º ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry*, 22(1), 71-77.
- Baumeister, R. F. (2014). Self-concept, Self-esteem and Identity. In B. W. e. W. J. Valerian Derlega (Ed.), *Personality: Contemporary Theory and Research: Contemporary Theory and Design* (3 ed., pp. 246-275). Belmont: Wadsworth Publishing Co Inc.
- Bernardo, M., & Bioque, M. (2015). Esquizofrenia. In J. V. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8 ed., pp. 226-234). Barcelona: Masson.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307.

- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and answers* (pp. 4-9). New York: Psychology Press.
- Buchanan, R., W., & Carpenter, W., T. . (2000). Schizophrenia: introduction and overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9 ed., Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Canadian Psychiatric Association, & Schizophrenia Society of Canada. (2007). *Schizophrenia: The Journey to Recovery A Consumer and Family Guide to Assessment and Treatment*. Canadá: Family Member and Professional Health.
- Cardoso, J. D. (2000). Doenças Metabólicas e Exercício Físico. In A. Pinto (Ed.), *Saúde e Exercício Físico* (pp. 75-95). Coimbra: Quarteto.
- Carless, D., & Fox, K. (2003). The physical self In M. Donaghy & S. Feaver (Eds.), *Interventions for Mental Health* (pp. 69-81). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Carvalho, J. C., Freitas, P. P., & Leuschner, A. (2014). O doente com esquizofrenia e com filhos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(12), 9-16.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Chalfoun, C., Karelis, A. D., Stip, E., & Abdel-Baki, A. (2016). Running for your life: A review of physical activity and cardiovascular disease risk reduction in individuals with schizophrenia. *Journal of sports sciences*, 34(16), 1500-1515.
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Gráfica Maiadouro.

- Faulkner, G., & Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 8(5), 441-457.
- Faulkner, G., Taylor, A., Munro, S., Selby, P., & Gee, C. (2007). The acceptability of physical activity programming within a smoking cessation service for individuals with severe mental illness. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 123-126.
- Ferreira, J. P. L., & Fox, K. R. (2007). An Investigation into the Structure, Reliability, and Validity of the Physical Self Perception Profile in Non English Speaking Settings. *International Journal of Applied Sports Sciences*, 19(1), 25-46.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, R., & Vancampfort, D. (2016a). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Vancampfort, D., Carney, R., & Yung, A. R. (2016b). Preferences and motivations for exercise in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(1), 83-84.
- Firth, J., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Yung, A. R., & Stubbs, B. (2016c). Moving beyond the weight-loss paradigm of exercise interventions for mental illness. *Psychiatry Research*, 246, 392-393.
- Fonseca, A. M., & Fox, K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versao portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciencias do Desporto*, 2(5), 11-23.
- Foster, H., D. (2003). *What really causes schizophrenia*. Victoria, B.C.: Trafford.
- Fox, K. R. (1990). *The Physical Self-perception Profile Manual*. DeKalb, IL: Office for Health Promotion, Northern Illinois University.

- Fox, K. R. (1997). *The physical self and processes in self-esteem development*. Champaign: Human Kinetics.
- Fox, K. R. (2000a). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In K. F. Stuart J.H. Biddle, Steve Boucher (Ed.), *Physical Activity and Psychological Well-being* (pp. 88-98). London: Routledge
- Fox, K. R. (2000b). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International journal of sport psychology*, 31(2), 228-240.
- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 11(4), 408-423.
- Fraser, S., Brown, W., Whiteford, H., & Burton, N. (2014). Physical activity preferences and attitudes in adults with mental illness at a private psychiatric hospital. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18, 151.
- Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2015). Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 413-420.
- García-Sancho, J. C. M. (2009). Guia práctico para el tratamiento de la esquizofrenia en centros e salud mental. *Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud* Consult. 14 de Abril de 2017, disponível em <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=8530dfd1f3c1ac6d0a5b4f631a96>
- Gelder, M., Mayou, R., & Geddes, J. (2002). *Psiquiatria* (2º ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

- Harter, S., & Messear, B. (2012). *The Self-Perception for Adults: Manual and Questionnaires*. Denver: Arts, Humanities & Social Sciences.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2014). *Social psychology* (7 ed.). Harlow: Pearson Education.
- Holley, J. (2011). Physical activity and mental health: reflections from research and implications for practice. *Mental Health Today*(2), 31-33.
- Ivleva, E. I., & Tamminga, C. A. (2009a). Psychosis as Defining Dimension in Schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 2, pp. 1594-1595). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ivleva, E. I., & Tamminga, C. A. (2009b). Introduction and Overview. In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9 ed., Vol. 1, pp. 1432-1433). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jones, R. M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: A longitudinal study. *Psychosis*, 2(3), 218-226.
- Karatzias, T., Gumley, A., Power, K., & O'Grady, M. (2007). Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 48(4), 371-375.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26.
- Kumar, S., & Mohanty, S. (2016). Factors Associated with Self-esteem in Patients with Chronic Schizophrenia. *Somatic Inkblot Series Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23(1), 56-60.
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia:

- retrospective analysis of population based registers. *British Medical Journal*, 346, 1-14.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American journal of psychiatry*, 161(2), 1-56.
- Lewis, S., Escalona, P., Rodrigo., & Keith, S., J. (2009). Phenomenology of Schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9 ed., Vol. 1, pp. 1433-1439). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lindwall, M., & Asçi, F. H. (2014). Physical Activity and SelfEsteem. In A. C. e. S. Edmunds (Ed.), *Physical activity and mental health ed. Angela Clow, Sara Edmunds* (pp. 83-101). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Machado, R. M., da Silveira, J. L. F., de Oliveira, R. L., Viola, B. M., & da Silva, T. M. (2014). Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(3), 436-446.
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14-24.
- Martinsen, E. W., & Taube, J. (2010). Schizophrenia. In M. E. W. (Ed.), *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease* (pp. 579-586): Professional Associations for Physical Activity.
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.
- Moammadi Nezhad, M., Nordentoft, M., Sadeghpour Gildeh, B., & Stelter, R. (2011). Validation of the Physical Self-Perception Profile (PSP) in a Sample of Depressed Danish Psychiatric Patients: Applying Factor Analyses. *Iranian Journal of Health and Physical Activity*, 2(1), 34-45.

- Mueser, K., Tornvall., & Jeste, D., V. (2011). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Mutrie, N., & Faulkner, G. (2003). Physical activity and mental health A2 - Everett, Tina. In M. Donaghy & S. Feaver (Eds.), *Interventions for Mental Health* (pp. 82-97). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults : Treatment and Management. *National Institute for Health and Care Excellence* Consult. 23 de Abril de 2017, disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0068961/pdf/PubMedHealth\\_PMH0068961.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0068961/pdf/PubMedHealth_PMH0068961.pdf)
- National Institute of Mental Health. (2009). Schizophrenia. *National Institute of Mental Health*, Consult. 7 de Março de 2017, disponível em <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2016). La esquizofrenia. *National Institute of Mental Health* Consult. 2 de Fevereiro de 2017, disponível em <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Navarro Bayón, D., & Carrasco Ramírez, O. (2009). Relación entre síntomas psicóticos, estados emocionales negativos y años de evolución en personas con esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.
- Neves, S., & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*(6), 206-218.
- Norquist, G., S. , & Narrow, W., W. . (2009). Schizophrenia. In B. Sadock, James., P. Ruiz, V. Sadock, Alcott. & H. Kaplan, I. (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 300-323). Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

- Oh, E., Song, E., & Shin, J. (2017). Individual Factors Affecting Self-esteem, and Relationships Among Self-esteem, Body Mass Index, and Body Image in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1-8.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde do mundo 2001 : saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: Organização Mundial de Saúde.
- Patel, H., Alkhawam, H., Madanieh, R., Shah, N., Kosmas, C. E., & Vittorio, T. J. (2017). Aerobic vs anaerobic exercise training effects on the cardiovascular system. *World Journal of Cardiology*, 9(2), 134-138.
- Queiroz, M. (2013). Esquizofrenia. *Saúde em Mapas e Números* Consult. 25 de Setembro de 2017, disponível em [http://www.eurotrials.com/wp-content/uploads/2016/04/BOLETIM-40\\_site.pdf](http://www.eurotrials.com/wp-content/uploads/2016/04/BOLETIM-40_site.pdf)
- Quirino, C., Martin de Oliveira, A., Melzer, D., Bernardon Ribeiro, R., & Paulo Rigonatti, S. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, 7(7), 38-53.
- Raine, A. (2006). *Crime and schizophrenia : causes and cures*. New York: Nova Science Publishers.
- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, 94(10), 1467-1479.
- Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia : una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Renca, S., & Cerejeira, J. (2014). Esquizofrenia. In C. S. e. J. Cerejeira (Ed.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 135-158). Lisboa: Lidel.
- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services



- for persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 56(3), 324-331.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(9), 964-974.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11). Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self* New York: Basic Books.
- Ruiloba, J., Vallejo. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatria* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Sadock, B., J., Sadock, V., A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry* (10º ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sampaio, A. L. P., & Caetano, D. (2006). Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 226-231.
- Santos, P. (2006). *Auto-percepções físicas (PSPP), auto-estima (EAE), ansiedade físico-social (EAFS) e imagem corporal global (QIC) dos instrutores de fitness: diferença entre géneros* Coimbra: Pedro Santos. Dissertação de Licenciatura apresentada a Universidade de Coimbra.
- Schultheisz, T. S. D. V., & Aprile, M. R. (2015). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educal Research*, 46(3), 407-441.

- Shor, R., & Shalev, A. (2016). Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness. *Health Promotion International*, 31(1), 116-123.
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo*, 17(4), 263-285.
- Stefan, M., Travis, M., & Murray, R. M. (2002). *An atlas of schizophrenia*. New York: Parthenon Pub. Group.
- Stubbs, B., Soundy, A., Probst, M., De Hert, M., De Herdt, A., Parker, A., & Vancampfort, D. (2014). The Assessment, Benefits and Delivery of Physical Activity in People with Schizophrenia: A Survey of Members of the International Organization of Physical Therapists in Mental Health. *Physiotherapy Research International*, 19(4), 248-256.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10.
- Tandon, R., & Jibson, M. (2002). Negative symptoms of Schizophrenia: How to treat them. *Current Psychiatry*, 1(9), 38-40.
- Torrey, E., & Davis, J. (2012). Adjunct Treatments for Schizophrenia and Bipolar Disorder: What to Try When You Are Out of Ideas. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 5(4), 208-216.
- Trigoboff, E. (2009). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. In C. R. K. e. E. Trigoboff (Ed.), *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing* (pp. 3-34). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K., Van Coppenolle, H., David, A., Pieters, G., & Peuskens, J. (2002a). Assessment of physical self-

- perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 855.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K. R., David, A., Morres, I., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (2002b). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(4), 309.
- Van, O. J., D., P., & Allardyce, J. (2009). The Clinical Epidemiology of Schizophrenia In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 1, pp. 1475-1476). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Wampers, M., Demunter, H., Deckx, S., Maurissen, K., & Probst, M. (2011c). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disability And Rehabilitation*, 33(8), 684-689.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., Raepsaet, J., & Probst, M. (2011a). Physical activity participation, functional exercise capacity and self-esteem in patients with schizophrenia. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(4), 222-230.
- Vancampfort, D., Knapen, J., De Hert, M., van Winkel, R., Deckx, S., Maurissen, K., Peuskens, J., Simons, J., & Probst, M. (2009). Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, 14(6), 388-398.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., De Herdt, A., Sweers, K., Knapen, J., van Winkel, R., & De Hert, M. (2013). Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 25-32.

- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011b). Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(6), 423-430.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Ward, P. B., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 15-23.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H., Teixeira, C., & Bertelli, R. (2012). Factorial Validity and Invariance of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among Portuguese Youngsters. *Social Indicators Research*, 105(3), 483-498.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito *Análise Psicológica*, 4(2), 101-110.
- Vieira, J. (2013). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 11(2), 22-42.
- Vieweg, V., & Hasnain, M. (2012). Schizophrenia, Antipsychotic Drugs, and DrugInduced Weight Gain and Obesity. *Youth, Young Adults, & Mental Health. Healthy Body - Healthy Mind*, 1(26), 19-22.
- Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., Welte, A., Fleischhacker, W. W., Uchida, H., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360-367.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *The American journal on addictions*, 15(5), 345-355.
- World Health Organization. (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). Physical Activity. *World Health Organization Consult.* 2 Junho de 2017, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization.

Yoshii, H., Akazawa, K., & Saito, H. (2016). Self-Esteem, Self-Stigma, and Stigmatization among People with Mental Illness in Japan Who Have Work Experience. *Psychology*, 7(8), 1174-1184.

Zanini, M. H. (2000). Psicoterapia na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22, 47-49.

Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.



**Capítulo III**  
**Estudo Empírico**





### 3. Estudo Empírico

#### 3.1. Introdução

A *World Health Organization* (2017) classifica a esquizofrenia como sendo uma doença mental grave que se caracteriza por profundas interrupções do pensamento que afetam a percepção da própria pessoa e por experiências psicóticas como delírios. A esquizofrenia é a doença mental mais comum (Renca & Cerejeira, 2014), afetando aproximadamente 1% da população, ou seja, uma em cada cem pessoas poderá desenvolver a doença (Cañamares et al., 2001). Os sintomas variam ao longo da evolução da doença (Afonso, 2014), os sintomas positivos caracterizam-se pela presença de delírios e alucinações, podendo integrar alterações do pensamento, do discurso e do comportamento (Renca & Cerejeira, 2014) e os sintomas negativos são referente à apatia, abulia, pobreza no discurso e isolamento social (Bernardo & Bioque, 2015). O défice na fluência verbal, aprendizagem e memória verbal são características dos sintomas cognitivos (Afonso, 2014). A principal forma de tratamento da esquizofrenia é o uso de fármacos, nomeadamente a medicação antipsicótica (Afonso, 2014; Bernardo & Bioque, 2015), no entanto, o tratamento psicossocial e de reabilitação é imprescindível no curso da doença (Gelder et al., 2002).

A AF é também uma terapia fundamental no tratamento multidisciplinar da esquizofrenia (De Hert et al., 2009), e encontra-se associada a melhorias em algumas medidas de saúde, nomeadamente no controlo e gravidade da doença, na redução dos seus cuidados (Ridson Rosa et al., 2015; Scheewe et al., 2013) e a redução do aparecimento de doenças cardiovasculares (Vancampfort et al., 2009). Com a AF verifica-se uma melhoria e consequente controlo nos sintomas negativos (Vancampfort et al., 2016; Viertiö et al., 2009). Assim sendo, a AF apresenta benefícios psicossociais para pessoas com esquizofrenia, como o aumento da autoestima, competência física e oportunidade de desenvolver as capacidades sociais, benefícios estes que estão associados a uma sensação positiva de bem-estar (Holley, 2001).

A relação entre a AF e a autoestima baseia-se na aceitação ou não do próprio corpo através da competência física referente a uma avaliação geral da pessoa enquanto possuidor de aptidão física. Esta avaliação refere-se às habilidades corporais desenvolvidas para cumprir objetivos físicos previamente definidos pela própria pessoa (Egito et al., 2008). O autor citado anteriormente refere que esta questão está diretamente relacionada com a percepção que as pessoas têm do próprio corpo pois é uma parte integrante da autoestima.

A auto-percepção física define-se pelo modo como a pessoa vê os seus atributos e habilidades físicas (Carless & Fox, 2003). Fox e Corbin (1989) desenvolveram um modelo hierárquico multidimensional de auto-percepção física como base para estudar as auto-percepções físicas que avaliam as percepções do eu físico, através do questionário PSPP. Este modelo possibilita a medição dos níveis de auto-percepção física através da construção da autoestima tendo como base situações específicas (Fox & Corbin, 1989). Este questionário já foi aplicado a pessoas com depressão (Moammadi Nezhad et al., 2011; Van de Vliet et al., 2002a; 2002b) e em pessoas com esquizofrenia a nível internacional (Vancampfort et al., 2011a; Vancampfort et al., 2011b). A nível nacional apenas temos conhecimento de validação e análise das propriedades psicométricas do PSPPp à população saudável (Ferreira & Fox, 2007; Fonseca & Fox, 2002).

Por outro lado, a autoestima caracteriza-se por uma avaliação que a pessoa efetua de si mesmo, expressando uma atitude positiva ou negativa (Rosenberg, 1965). A alta autoestima apresenta como principais características a persistência diante do fracasso, um estado emocional e afetivo estável, menor flexibilidade, menor persuasão e influência por parte de outros, inexistência de conflito entre o querer e obter sucesso, e uma reação positiva a uma vida feliz e bem-sucedida. Por outro lado, a baixa autoestima refere-se a uma vulnerabilidade aos impactos dos eventos da vida, amplas mudanças de humor e afeto, maior flexibilidade, maior persuasão e influência por parte de outrem e reação negativa a uma vida bem-sucedida (Hogg & Vaughan, 2014).

As pessoas com esquizofrenia apresentam um sentimento reduzido de satisfação e confiança em si próprios que resulta de uma baixa autoestima, identificando-se como menos capazes de se manter ativos e como consequência

apresentam um estilo de vida não saudável e sedentário (Vancampfort et al., 2011b). A sua baixa autoestima leva um isolamento, falta de motivação e dificuldade em lidar com situações de stress (Borras et al., 2009). Os autores citados anteriormente referem que o estigma social e as interações familiares negativas podem prejudicar a autoestima. A autoestima total das pessoas com esquizofrenia relaciona-se com a incapacidade de perceção da condição desportiva, com a autoestima física reduzida e com a aparência física. A autoperceção física reduzida associa-se a um elevado IMC, com uma menor autoestima e uma menor participação em AF que, consequentemente origina uma menor capacidade funcional para o exercício (Vancampfort et al., 2011a; Vancampfort et al., 2011b). Na literatura não foram encontrados estudos que relacionem as auto-perceções físicas, a auto estima e o nível de AF na população com esquizofrenia. Deste modo, o primeiro objetivo da presente dissertação foi analisar a fiabilidade do Perfil de Auto-perceção Física em indivíduos com esquizofrenia residente na comunidade. O segundo objetivo foi comparar a auto-perceção física, nível de AF e autoestima entre grupo com esquizofrenia e grupo de controlo saudável (*i.e.*, sem esquizofrenia). O terceiro objetivo foi analisar a associação entre auto-perceção física, autoestima, nível de AF e variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínicas do grupo com esquizofrenia.

## **3.2. Metodologia**

### **3.2.1 Caraterização da amostra**

A amostra deste estudo foi constituída por 30 participantes com diagnóstico de esquizofrenia e 22 participantes sem doença mental grave (grupo de controlo). Os participantes com diagnóstico de esquizofrenia foram recrutados através do projeto desenvolvido pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP) designado de “Impacto da Atividade Física e Desportiva para Pessoas com Esquizofrenia”. Os participantes pertenciam a três instituições: i) Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial (ANARP) (n= 14); ii) Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Hospital de

São João do Porto (n=13) e iii) do Departamento Psiquiátrico do Hospital de Santo António – Centro de saúde de Gondomar (n= 3). Os critérios de inclusão para o recrutamento dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia foram: i) diagnóstico de esquizofrenia conforme o DSM-5; ii) situação clínica estável; iii) ausência de défice cognitivo associado; iv) idade superior a 18 anos. O grupo de controlo foi constituído por familiares, amigos, professores e funcionários da FADEUP que aceitaram participar no estudo. Os critérios de seleção deste grupo basearam-se na idade, género, IMC, dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia, de modo a garantir a homogeneidade entre os grupos ( $p \geq 0.05$ ).

Todos os elementos da amostra foram esclarecidos acerca dos procedimentos e objetivos do trabalho onde foi garantido a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos. Os participantes assinaram um consentimento informado (anexo 1 e 2) de forma a garantir a sua autorização na participação no estudo.

### **3.2.2. Projeto “Impacto da Atividade Física e Desportiva para Pessoas com Esquizofrenia”**

O projeto “Impacto da Atividade Física e Desportiva para Pessoas com Esquizofrenia” insere-se num protocolo estabelecido entre o Gabinete de Atividade Física Adaptada da FADEUP e três unidades de reabilitação psiquiátrica, a ANARP, a Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Hospital de São João do Porto e o Departamento Psiquiátrico do Hospital de Santo António. Este projeto tem como principal objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida, através dos efeitos benéficos reconhecidos no exercício físico e a promoção de hábitos de vida saudável através da prática desportiva e da aquisição de hábitos regulares de prática. As sessões decorrem duas vezes por semana com duração de 50 minutos nas instalações da FADEUP.

### 3.3. Instrumentos

#### 3.3.1. Questionário Sociodemográfico

No sentido de caracterizar a amostra, foi aplicado o questionário sociodemográfico (anexo 3). Este questionário é constituído por questões pessoais (e.g., idade, habilitações literárias, estado civil), comportamento tabágico (se fuma, se sim quantos cigarros por dia) informações clínicas (i.e., medicação, ano de início da doença, número de internamentos), questões relativas aos hábitos de prática desportiva (e.g., idade de início da prática e se pratica atualmente). O questionário foi aplicado individualmente e quando necessário foi pedido informação suplementar junto das equipas terapêuticas.

#### 3.3.2. Medidas antropométricas

As medidas antropométricas complementam o questionário sociodemográfico onde foi registado o peso, altura e circunferência da cintura e anca. O peso foi registado através da balança digital *Tanita* (*Tanita MC 180 MA, Tanita Company, Reino Unido*). Para além do peso também foram registadas a percentagem de massa gorda e de água a partir dos dados da balança. A altura foi medida com um estadiómetro portátil (*Seca 241*). A circunferência da cintura foi medida com uma fita métrica, após uma expiração suave entre a última costela palpável e a crista ilíaca. A circunferência da anca foi medida também com a mesma fita métrica, em torno da porção mais larga da nádega. O IMC foi calculado através da divisão do valor do peso em quilogramas (kg), sobre o quadrado do valor da altura, em metros (m), o resultado final é então expressão com unidade de medida com quilogramas por metro quadrado (kg/m<sup>2</sup>).

#### 3.3.3. Medicação

A medicação antipsicótica dos participantes com diagnóstico de esquizofrenia foi recolhida e convertida em doses diárias equivalentes de cloropromazina de acordo com Gardner et al. (2010), sendo a sua média diária 874.16 mg/dia.

### 3.3.4. Questionário do Perfil de Auto-percepção Física (PSPP)

O questionário PSPP é um instrumento multidimensional que separa a percepção da competência física da autovalorização física global (Fox, 1990). Este questionário permite avaliar em simultâneo diferentes facetas do *Eu* físico e possibilita a percepção relativamente à própria pessoa (Fox & Corbin, 1989). O PSPP foi validado para português por Fonseca e Fox (2002) tendo por base o trabalho de Fox (1990). Na realidade portuguesa, Fonseca e Fox (2002) realizaram um estudo com adultos onde analisaram as propriedades psicométricas de quatro modelos do PSPP, onde concluíram, através do alfa de Cronbach, que para cada subescala dos quatro modelos investigados, todas apresentaram uma consistência interna aceitável, não havendo nenhum resultado abaixo de 0.71. Assim sendo, o questionário é constituído por 16 itens organizados em quatro subescalas correspondentes à confiança física (1, 8, 10, 13), aparência física (2, 5, 11, 15), força física (3, 6, 9, 14) e autoestima física (4, 7, 12, 16) que correspondem 4 itens cada. As questões estão organizadas num formato de estrutura alternativa com a cotação que varia entre 1 a 4 pontos. Os itens 2, 3, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 15 e 16 necessitam de ser invertidos (Fonseca & Fox, 2002). São apresentadas duas descrições contrastantes e é solicitado ao participante que selecione a descrição que mais o caracteriza. Em seguida, solicita-se que este indique o grau de concordância com essa descrição, decidindo se a afirmação é “totalmente verdade para mim” ou “mais ou menos verdade para mim” (Ferreira & Fox, 2007).

O PSPP foi validado por Van de Vliet et al. (2002a) para a população com doença mental, reportando consistência interna entre 0.89 e 0.93. Em pessoas com depressão o PSPP foi validado num estudo de Moammadi Nezhad et al. (2011) que reportou valores de consistência e confiabilidade forte com alfa entre 0.81 e 0.87. Van de Vliet et al. (2002b), comparou as medidas de auto-percepção física e autoestima de pessoas com doença mental e os resultados sugeriram que o questionário seria válido para pessoas com doença mental reportando valores de alfa entre 0.78 to 0.94. Em pessoas com esquizofrenia não temos

conhecimento de estudos que tenham procedido à análise das propriedades psicométricas deste instrumento.

### **3.3.5. Questionário Internacional de Atividade Física versão curta (IPAQ-SF)**

O Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) (International Physical Activity Questionnaire Research Committee, 2005) tem como objetivo desenvolver e validar a reprodutibilidade de um instrumento de medida do nível de AF de uso internacional para realizar um levantamento mundial de nível da AF. A versão curta do IPAQ (IPAQ-SF) (anexo 4) (Craig et al., 2003) é composta por sete questões abertas e permite calcular uma estimativa do tempo semanal gasto em atividades (e.g., caminhadas e AF de intensidade moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). O IPAQ-SF tem propriedades de medição razoáveis para monitorar os níveis populacionais de AF entre adultos de 18 a 65 anos em diversas configurações (Craig et al., 2003). O mesmo autor estabeleceu valores de MET (equivalente metabólico) para o cálculo dos itens questionário, onde ficou estabelecido que 3,3 MET seriam para as atividades de caminhada; 4.0 MET para as atividades moderadas e 8 MET para as atividades vigorosas. No cálculo total incluem-se MET-minutos/semana = caminhada + moderada + vigorosa (Craig et al., 2003), sendo que as perguntas do questionário estão relacionadas com as atividades realizadas referentes à última semana anterior à aplicação do questionário.

O questionário encontra-se validado na versão curta para a população com esquizofrenia por Faulkner et al. (2006) que demonstrou um coeficiente de correlação de 0,68 para confiabilidade e 0,37 para validade com base no total de minutos de AF. Recentemente, Duncan et al. (2017) analisaram a fiabilidade do questionário para a esquizofrenia reportando um coeficiente correlação de 0.47. A nível nacional o IPAQ-SF foi validado por Gomes (2015) que apresentou um coeficiente de correlação de 0,83 e de confiabilidade de 0.33.

### 3.3.6. Questionário de Autoestima de Rosenberg

Para avaliar a autoestima global da amostra foi utilizado o *Rosenberg Self Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vasconcelos-Raposo et al. (2012) (anexo 5). Este questionário é um instrumento unidimensional de 10 itens, sendo que 5 são de orientação positiva e os outros 5 de orientação negativa, onde se utiliza uma escala de Likert de 4 pontos. Existem quatro possibilidades de resposta: concordo completamente, concordo, discordo e discordo completamente. A pontuação das respostas varia consoante os itens estarem revertidos ou não, deste modo, as questões 1, 2, 4, 6 e 7 correspondem aos itens positivos e os itens 3, 5, 8, 9 e 10, que correspondem às questões de negativas. A autoestima é calculada através da soma dos valores de todos os itens, sendo que o valor varia entre os 10 e os 40 pontos (Vasconcelos-Raposo et al., 2012). Os valores mais elevados representam um nível mais elevado de autoestima global e os valores mais baixos um nível menor de autoestima (Schultheisz & Aprile, 2015), sendo que maior ou igual a 30 corresponde a uma alta autoestima e menor que 30 uma baixa autoestima (Simonetti VMM, 1989 cit. por Maçola et al., 2010)

Este questionário foi validado por Morejón et al. (2013) para indivíduos com psicose (*i.e.*, distúrbio da perceção da realidade incluindo a esquizofrenia) e reportaram uma fiabilidade satisfatória e uma consistência interna de 0,86 ). Especificamente, em pessoas com esquizofrenia, o questionário foi aplicado em estudos de Maggouritsa et al. (2014) e de Oh et al. (2017). A nível nacional também já foi utilizado com sucesso por Salgado et al. (2008).

### 3.4. Procedimentos da recolha de dados

O grupo com esquizofrenia realizou os questionários sob forma de entrevista nas instalações da FADEUP e nas instalações da ANARP. O questionário do Perfil de Auto-Percepção Física foi aplicado duas vezes (teste-reteste) com um intervalo de duas semanas. Considerando a amostra total de indivíduos com esquizofrenia que participaram no estudo ( $n=30$ ), um participante não realizou o procedimento de teste-reteste. Os restantes questionários foram



aplicados uma vez. Os questionários foram aplicados em locais calmos sem a interferência de estímulos exteriores. O grupo de controlo realizou os questionários sob forma de entrevista nas instalações da FADEUP e na Associação Recreativa e Cultural do Valongo de Castelo Branco. Neste grupo todos os questionários foram aplicados uma única vez. O período de recolha dos dados decorreu durante 4 meses.

### 3.5. Procedimentos Estatísticos

O programa utilizado para a análise dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21 para o Windows e o nível de significância foi estabelecido em  $p \leq 0.05$ .

Para cada variável é apresentada a estatística descritiva, a média e o desvio padrão. Os dados foram testados quanto à normalidade usando o teste de Shapiro-Wilk. A consistência interna das subescalas do PSPPp foi determinada pelo Alfa de Cronbach e a estabilidade temporal foi aferida através da correlação de Spearman e do teste T para amostras emparelhada ( $p \leq 0.05$ ). O valor de Alfa de Cronbach varia entre 0 e 1 (Maroco & Garcia-Marques, 2006) e os valores apropriados de consistência interna variam entre 0,70 e 0,85 (Vallerand, 1989). Contudo, Loewenthal et al. (2001) referem que um valor de alfa de 0.60 também é aceitável para subescalas de quatro itens. Níveis acima de 0.90 demonstram o exagero dos itens e como consequência a repetição dos itens em cada subescala (Vallerand, 1989).

Foi utilizado para análise de amostras independentes um student's t-test ou um teste de Mann-Whitney, quando apropriado, para avaliar as diferenças entre o grupo de esquizofrenia e grupo controlo. Para determinar as diferenças entre géneros foi utilizado o Fisher Exact teste. As relações entre variáveis foram calculadas utilizando o coeficiente de correlação de Spearman ou Pearson em conformidade em que, foi utilizada a seguinte classificação: 0-39= baixo; 40-69 =moderado a substancial; 70-100= elevado a muito elevado (Surwillo, 1980). Estas correlações só serão discutidas quando obtivermos pelo menos 0,40 e  $p \leq 0.05$ .

### 3.6. Resultados

#### 3.6.1. Participantes

Na tabela 1 está apresentada a análise descritiva das características da amostra, designadamente a idade, hábitos tabágicos e medidas antropométricas.

Tabela 1: Caraterização da amostra

Caraterísticas	Grupo esquizofrenia n= 30		Grupo controlo n=22	
	Média	DP	Média	DP
<b>Idade</b>	41,30	8,44	42,68	9,77
<b>Tabagismo (cig/dia)<sup>a</sup></b>	19,00	8,98	12,40	7,12
<b>Peso (kg)</b>	85,29	17,10	84,53	16,50
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	29,66	5,35	29,01	4,41
<b>PC</b>	97,97	13,34	92,69	17,53
<b>PA</b>	103,69	10,37	97,70	15,52
<b>Rácio cintura-anca</b>	0,94	0,09	0,94	0,06

IMC: índice de massa corporal; Pc: perímetro da cintura; Pa: perímetro da anca; DP: desvio padrão; Cig: cigarros.;<sup>a</sup>n=16 grupo esquizofrenia e n=5 grupo controlo

Pela análise da tabela 1, é possível verificar que o grupo com esquizofrenia apresenta aproximadamente 41 anos de idade e o grupo de controlo 43 anos. O valor médio de cigarros por dia é superior no grupo com esquizofrenia. Ambos os grupos da amostra apresentam resultados de IMC que se classificam como pré-obesidade que corresponde ao aumento do risco de comorbidades (WHO, 2000). No rácio da cintura-anca, ambos os grupos apresentam resultados médios homogéneos (0,94cm) que correspondem a um nível de risco metabólico elevado, no entanto o valor máximo dos dois grupos corresponde a um risco metabólico substancialmente elevado (WHO, 2000; 2008)

### 3.6.2. Medicação

A tabela 2 caracteriza as percentagens de antipsicóticos e outras medicações do grupo com esquizofrenia.

Tabela 2: Medicação

Medicação Antipsicótica	N	%
<b>1º Geração</b>	n= 4	13,3%
<b>2º Geração</b>	n= 19	63,3%
<b>1º e 2º Geração</b>	n= 6	20%
<b>Sem medicação</b>	n= 1	3,3%
<b>Outra medicação</b>		
<b>Ansiolítico</b>	n= 16	53,3%
<b>Anticolinérgico</b>	n= 10	33,3%
<b>Anticonvulsionante</b>	n= 3	10%
<b>Antidepressivo</b>	n= 12	40%
<b>Antiepilético</b>	n= 10	33,3%
<b>Anti-Hipertensivo</b>	n= 6	20%
<b>Colesterol</b>	n= 1	3,3%
<b>Estabilizador de Humor</b>	n= 1	3,3%
<b>Estimulantes da Hematopoiese</b>	n= 1	3,3%
<b>Hipolipidiente</b>	n= 1	3,3%

Pela análise da tabela 2, podemos observar o uso de antipsicóticos de 2º geração obteve maior percentagem (63,3%) comparativamente ao uso de antipsicóticos de 1º geração (13,3%). O uso de antipsicóticos de 1º e 2º geração são utilizados apenas por 6 pessoas da amostra correspondendo a 20%. Em relação aos outros medicamentos, observamos que os ansiolíticos se destacam com 53,3% seguido dos antidepressivos com 40% e a medicação em que a percentagem é menor distribui-se igualmente pelos estabilizadores de humor, estimulantes de hematopoiese e hipolipemiente (3,3%).

### 3.6.2. Avaliação fiabilidade do PSPPp para pessoas com esquizofrenia

A média e o desvio padrão do teste e reteste para cada uma das dimensões do PSPP encontram-se na tabela 3 bem como os valores de consistência interna, correlação e nível de significância (n=29).

Tabela 3: Fiabilidade do teste reteste do PSPPp

	Teste		Reteste		$\alpha$	t	p	$\rho$
	M	DP	M	DP				
<b>Confiança física</b>	2.51	0.62	2.61	0.43	0.43	-1.20	0.24	0.66**
<b>Aparência física</b>	2.25	0.66	2.21	0.60	0.64	0.61	0.54	0.82**
<b>Força física</b>	2.18	0.59	2.16	0.55	0.43	0.23	0.82	0.74**
<b>Autoestima física</b>	2.35	0.68	2.42	0.61	0.60	-1.07	0.29	0.86**

M: média; DP: desvio padrão;  $\alpha$ = Alfa de Cronbach;  $p \leq 0.05$ ;  $p \leq 0.01$

Na tabela 3 os valores de *Alfa de Cronbach* das subescalas de confiança física e força física demonstram uma consistência interna fraca de 0.43. As subescalas de aparência física e autoestima física demonstram uma consistência adequada com valores de 0.64 e 0.60 respetivamente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação, demonstrando adequada estabilidade temporal. Por último, verificaram-se correlações significativas e elevadas entre as escalas no teste reteste.

### 3.6.3 Diferenças entre a condição física, aparência física, força física, autoestima física, autoestima e nível de atividade física entre grupo com esquizofrenia e grupo de controlo.

A tabela 4 refere-se à comparação entre o grupo com esquizofrenia e grupo de controlo nas diferentes subescalas de autoperceção física, nível de AF

e autoestima, reportando-se os valores médios, desvio padrão e nível de significância.

Tabela 4: Comparação entre grupo com esquizofrenia e controlo saudável nas variáveis de condição física, aparência física, força física e autoestima física, nível de AF e autoestima total

	Grupo com esquizofrenia		Grupo de controlo		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	
<b>Confiança física</b>	2.53	0.62	2.69	0.58	0.50
<b>Aparência física</b>	2.28	0.66	2.43	0.56	0.50
<b>Força física</b>	2.21	0.59	2.83	0.72	0.45
<b>Autoestima física</b>	2.41	0.73	2.74	0.84	0.29
<b>Nível de AF (MET)</b>	966.92	1082.03	2408.46	2613.72	0.02
<b>Autoestima total</b>	27.27	4.62	34.18	4.19	≤0.001

M: média; DP: desvio padrão;  $p \leq 0.05$ ; MET: equivalente metabólico correspondente ao dispêndio energético por semana

Em todas as escalas de autopercepção não se verificaram diferenças significativamente diferentes entre o grupo com esquizofrenia e o grupo de controlo. Relativamente ao nível de AF, verificou-se que grupo de controlo é significativamente mais ativo do que o grupo de esquizofrenia. Também na autoestima total foram verificadas diferenças, sendo que o grupo de controlo evidenciou um nível autoestima significativamente superior ao grupo com esquizofrenia. Assim sendo, considerando a análise dos valores médios de autoestima de cada um dos grupos é possível classificar o grupo com esquizofrenia com baixa autoestima e o grupo de controlo com alta autoestima.

#### **3.6.4 Correlações das subescalas do PSPPp com variáveis sociodemográficas, antropométricas, clínicas, nível de AF e autoestima no grupo com esquizofrenia**

Tabela 5: Correlação das subescalas do PSPPp com variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, nível de AF e autoestima total.

	<b>Confiança física</b>	<b>Aparência física</b>	<b>Força física</b>	<b>Autoestima física</b>
<b>Idade</b>	-0.06	0.40*	0.21	0.46*
<b>Nº de cigarros</b>	0.12	0.43	0.37	0.52*
<b>Anos da doença</b>	-0.05	0.34	0.09	0.47**
<b>Nº Internamento</b>	-0.03	0.11	-0.02	-0.07
<b>Clorpromazina</b>	0.14	0.02	-0.05	0.06
<b>IMC</b>	0.05	0.14	0.09	0.08
<b>Nível de AF (total MET-minutos)</b>	0.50**	0.00	0.13	0.18
<b>Autoestima total</b>	0.55**	0.25	0.44*	0.41*

AF: atividade física; Nº: número; Pc: perímetro da cintura; Pa: perímetro da anca; IMC: índice de massa corporal \*p ≤0.05; \*\*p ≤0.01

No que se refere à análise das correlações, os resultados revelam correlações positivas e moderadas entre i) idade e aparência física ( $p= 0.40$ ), demonstrando que quanto maior a idade melhor percepção da aparência física; ii) número de cigarros e autoestima física ( $p= 0.52$ ), demonstrando que quanto mais cigarros fumar melhor será a percepção da autoestima física; iii) anos de doença e autoestima física ( $p= 0.47$ ), demonstrando que quanto maior a duração da doença melhor será a percepção da autoestima física; iv) nível de AF e confiança física ( $p= 0.50$ ), demonstrando que quanto maior for o dispêndio energético melhor será a percepção da confiança física; e v) autoestima total com confiança física ( $p= 0.55$ ), força física ( $p= 0.44$ ) e autoestima física ( $p= 0.41$ ), demonstrando que quanto maior for a percepção sobre a autoestima total, mais elevada será a percepção acerca da confiança física, força física e autoestima física.

### **3.7. Discussão**

Deste modo, o primeiro objetivo da presente dissertação foi analisar a fiabilidade do PSPPp em indivíduos com esquizofrenia residente na comunidade. Assim sendo, é importante salientar que este estudo é o primeiro ao nível nacional que procurou verificar a fiabilidade do questionário PSPPp em pessoas com esquizofrenia residentes na comunidade. De uma forma geral, constata-se que existem duas subescalas (confiança física e força física) que exibem uma consistência interna fraca e duas subescalas (aparência física e autoestima física) que apresentam uma consistência interna adequada, considerando que são subescalas de quatro itens (Loewenthal, 2001). Por outro lado, verificou-se uma estabilidade temporal adequada e correlações significativas e elevadas entre as escalas no teste-reteste.

Moammadi Nezhad et al. (2011) no estudo de validação reportaram consistência interna e confiabilidade forte em todas as escalas, sendo que a competência desportiva teve um valor de 0.87, a força física 0.86, a condição física 0.81 e a atração corporal 0.86. A subescala da autoestima física foi avaliada separada tendo também um valor de consistência interna forte com valor de 0.78. Van de Vliet et al. (2002b) reportaram resultados que sugeriram que o questionário seria válido para a doença mental havendo uma correlação forte entre 0.89 e 0.94. Van de Vliet et al. (2002a) num estudo para a população em geral onde comparou com um grupo com doença mental, verificaram valores de consistência interna nas subescalas do PSPP com valores entre 0.89 e 0.93.

Assim sendo, PSPPp demonstra ser adequado para avaliar algumas dimensões das autoperceções físicas em pessoas com esquizofrenia. O facto dos valores de alfa neste estudo serem mais baixos do que nos outros pode dever-se às características da amostra, sendo que a população com esquizofrenia apresenta alterações na forma de pensamento, percepção distorcida do mundo exterior e discurso desorganizado. No entanto, é necessário rever a formulação dos itens nas escalas com problemas de consistência interna e replicar os procedimentos de fiabilidade para averiguar se os problemas persistência. Consequentemente, poderá decidir-se sobre a permanência, alteração ou eliminação dos respetivos itens do questionário.

O segundo objetivo foi comparar a auto-percepção física, nível de AF e autoestima entre grupo com esquizofrenia e grupo controlo saudável (*i.e.*, sem esquizofrenia). No que se refere às autopercepções físicas não foram reportadas diferenças significativas entre o grupo com esquizofrenia e o controlo saudável, no entanto os valores médios de todas as subescalas do questionário são superiores no grupo de controlo. Van de Vliet et al. (2002b) apresenta resultados em conformidade, valores médios superiores no grupo saudável, em que os autores comprovam estes resultados com a baixa autoestima na saúde mental. No estudo de Vancampfort et al. (2011b) também são reportados valores similares. Os mesmos autores citam que estes resultados indicam que as pessoas com esquizofrenia são menos ativas fisicamente, demonstrando uma menor confiança física nas suas habilidades físicas e de aparência física. Assim sendo, a sua percepção reduzida indica que estes apresentam uma diminuição do sentimento de orgulho e de confiança em si próprios.

No que se refere ao nível de AF, o grupo de controlo apresenta um dispêndio energético por semana significativamente superior ao grupo com esquizofrenia, assim sendo o grupo com esquizofrenia apresenta um nível de AF baixo a moderado enquanto que o grupo de controlo um nível de AF moderado a alto (IPAQ Questionnaire Research Committee, 2005). Situação similar foi reportada por Vancampfort et al. (2013) e por Gomes et al. (2016a) que obtiveram valores médios superiores no nível de AF no grupo de controlo relativamente ao grupo com esquizofrenia. O nível baixo de AF que caracteriza a generalidade das pessoas com esquizofrenia é explicado pelo sedentarismo, resultante de fatores como a medicação sedativa, falta de oportunidades e desinteresse pela prática de AF (Almeida Mogadouro et al., 2009). Por outro lado, também se identificam um conjunto de barreiras à prática de AF relacionadas com o medo de fracasso, falta de motivação, falta de recursos financeiros e efeitos secundários da medicação (McDevitt et al., 2006; Rastad et al., 2014; Shor & Shalev, 2016). De forma a tentar reverter a situação, é defendido por Richardson et al. (2005) que a AF deve ser incorporada nas práticas clínicas, tendo esta como principais benefícios melhorias a nível psicológicos, sociais e físicos.



Relativamente ao nível de autoestima também se verificaram diferenças significativas entre os grupos. O grupo com esquizofrenia apresentou um nível de autoestima significativamente inferior relativamente ao grupo de controlo, classificando-se como baixa autoestima, estes resultados foram consistentes com estudos anteriores (Barrowclough et al., 2003; Xu et al., 2013). Vários autores referiram que a baixa autoestima resulta de experiências pessoais e de feedbacks sociais negativos (Barrowclough et al., 2003; Iqbal et al., 2000; Lecomte et al., 2006). A autoestima baixa nesta população pode estar relacionada com os longos períodos de internamento, isolamento social e interações familiares negativas (Borras et al., 2009; Navarro Bayón & Carrasco Ramírez, 2009).

Em relação ao terceiro objetivo do estudo, analisar a associação entre auto-perceção física, autoestima, nível de AF, e variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínicas da amostra com esquizofrenia, foram reportadas algumas correlações positivas e moderadas. O aumento da idade, bem como o aumento de número de anos da doença está relacionado com uma melhor perceção acerca da aparência e autoestima física. Este facto pode ser justificado com o aumento da autoestima de forma constante à medida que a pessoa envelhece, ou seja, com o decorrer dos anos e com a vivência de diversas experiências, as pessoas parecem conformar-se com o seu corpo e a sua aparência (Orth et al., 2010; Teixeira et al., 2016). A relação encontrada entre o número de cigarros que as pessoas fumam por dia e a perceção de autoestima física poderá ser justificada pelo facto da autoestima física se caracterizar por um sentimento de satisfação da própria pessoa (Fonseca & Fox, 2002; Fox & Corbin, 1989), sendo essa satisfação que o doente sente ao fumar. De facto, os hábitos tabágicos nas pessoas com esquizofrenia demonstram ser positivos no alívio dos sintomas negativos, na diminuição dos efeitos secundários da medicação antipsicótica, enaltecendo sensação de prazer (Esterberg & Compton, 2005; Lohr & Flynn, 1992; Mori et al., 2003). Os resultados revelaram também uma relação entre o nível de AF e a confiança física. Esta relação está em consonância com a literatura, que revela os benefícios da prática de AF na confiança física (Partridge et al., 2017). Existem também estudos (Bassilios et

al., 2014; Firth et al., 2016a; Gorczynski & Faulkner, 2010; Kimhy et al., 2016; Rastad et al., 2014) que reportam que pessoas com esquizofrenia que integram programas de AF tendem a apresentar melhorias no que diz respeito à capacidade e envolvimento em atividades a nível social, físico e psicológico, bem como melhoria na independência. Na autoestima total obtemos uma correlação positiva moderada com todas as subescalas do PSPPp, exceto com a aparência física. A relação encontrada está em conformidade com o modelo hierárquico da auto-perceção de Fox e Corbin (1989) onde se verifica uma relação entre as subescalas (*i.e.*, competência física, autoestima física, força física e aparência física) com a autoestima global. Segundo a literatura, as auto-perceções físicas são fatores determinantes no nível de autoestima global que, por sua vez, influencia a pessoa nas escolhas e comportamentos relacionados com a saúde e qualidade de vida (Faria, 2005; Fox, 2000b). Assim sendo, a autoestima é vista como uma avaliação global relativamente ao grau positivo ou negativo que a pessoa sente para com ela própria relativamente aos seus atributos, capacidades e performances, assim como diferentes auto-perceções.

### **3.8. Conclusões**

O presente estudo demonstrou que o questionário do PSPP requer algum cuidado na sua aplicação em pessoas com esquizofrenia, apesar de existirem lacunas com alguns itens do questionário nas diferentes dimensões foram reportados valores adequados de consistência interna. Entre os dois momentos de avaliação (teste, reteste) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas demonstrando uma estabilidade temporal adequada. A nível de comparação entre as variáveis do nível de autoperceção física, AF e autoestima entre o grupo com esquizofrenia e grupo de controlo saudável não foram reportadas diferenças significativas no PSPPp, porém os valores médios foram superiores no grupo de controlo. Por outro lado, nas variáveis de nível de AF e autoestima verificaram-se diferenças significativas entre grupos, destacando-se o grupo de controlo com um nível de AF superior e com uma autoestima alta. No que se refere ao último objetivo da dissertação, evidenciam-se algumas correlações positivas moderadas. Nomeadamente entre a idade e anos de

doença com a autoestima física, o nível de AF e a confiança física bem como a autoestima total com a maioria das subescalas do PSPPp.

Relativamente às implicações clínicas, salienta-se a relação entre a AF e os estilos de vida saudáveis, sendo que com o aumento da AF física é possível aumentar a auto-perceção física e, consequentemente a autoestima. A existência de questionários como o PSPP é uma questão importante para a prática clínica no campo da saúde mental pois possibilita que os profissionais de saúde identifiquem os procedimentos para promover uma autoperceção física em pessoas com esquizofrenia nos processos de reabilitação.

Tendo em conta que este é o primeiro estudo de validação do PSPPp que temos conhecimento ao nível nacional para validação do questionário na esquizofrenia, consideramos que deverá haver uma investigação mais profunda acerca das questões do mesmo para confirmar ou não os resultados obtidos, mas com uma amostra superior. Sendo talvez necessário rever a formulação dos itens nas escalas com problemas de consistência interna e replicar os procedimentos de fiabilidade para averiguar se os problemas persistência. Consequentemente, poderá decidir-se sobre a permanência, alteração ou eliminação dos respetivos itens do questionário. Seria também pertinente estudar a relação entre a qualidade de vida, a auto-perceção física e AF na esquizofrenia para perceber de que modo um programa de AF poderia melhorar a qualidade de vida e a auto-perceção física e de que modo estes se relacionam entre si.



### 3.9. Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2014). Esquizofrenia. In D. S. e. P. A. Maria Figueiredo (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 163-187). Lisboa: Lidel.
- Almeida Mogadouro, M., Cordeiro, Q., Zung, S., & Vallada, H. (2009). Mortalidade e esquizofrenia. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 54(3), 119-126.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 92-99.
- Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry*, 22(1), 71-77.
- Bernardo, M., & Bioque, M. (2015). Esquizofrenia. In J. V. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8 ed., pp. 226-234). Barcelona: Masson.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24(5), 307.
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernandez, J. A., & Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Carless, D., & Fox, K. (2003). The physical self In M. Donaghy & S. Feaver (Eds.), *Interventions for Mental Health* (pp. 69-81). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003).

- International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381-1395.
- De Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D., & Van Winkel, R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8(1), 15-22.
- Duncan, M. J., Arbour-Nicitopoulos, K., Subramanieapillai, M., Remington, G., & Faulkner, G. (2017). Revisiting the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Assessing physical activity among individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 179, 2-7.
- Egito, M., Matsudo, S., & Matsudo, V. (2008). Auto-estima e satisfação com a vida de mulheres adultas praticantes de atividade física de acordo com a idade cronológica. *Revista brasileira de ciência e movimento*, 13(3), 59-66.
- Esterberg, M. L., & Compton, M. T. (2005). Smoking behavior in persons with a schizophrenia-spectrum disorder: a qualitative investigation of the transtheoretical model. *Social science & medicine*, 61(2), 293-303.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23(4), 361-371.
- Faulkner, G., Cohn, T., & Remington, G. (2006). Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 82(2), 225-231.
- Ferreira, J. P. L., & Fox, K. R. (2007). An Investigation into the Structure, Reliability, and Validity of the Physical Self Perception Profile in Non English Speaking Settings. *International Journal of Applied Sports Sciences*, 19(1), 25-46.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, R., & Vancampfort, D. (2016a). Motivating factors and barriers towards exercise in severe

- mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881.
- Fonseca, A. M., & Fox, K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2(5), 11-23.
- Fox, K. R. (1990). *The Physical Self-perception Profile Manual*. DeKalb, IL: Office for Health Promotion, Northern Illinois University.
- Fox, K. R. (2000b). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International journal of sport psychology*, 31(2), 228-240.
- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 11(4), 408-423.
- Gardner, D. M., Murphy, A. L., O'Donnell, H., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2010). International Consensus Study of Antipsychotic Dosing. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 686-693.
- Gelder, M., Mayou, R., & Geddes, J. (2002). *Psiquiatria* (2<sup>o</sup> ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J. C., Silva, G., & Corredeira, R. (2016a). Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(2), 157-160.
- Gomes, E. A. (2015). *Physical Activity and Quality of Life of Outpatients with Schizophrenia*. Porto: Eluana Gomes. Dissertação de Doutoramento apresentada a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Gorczynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 36(4), 665-666.

- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2014). *Social psychology* (7 ed.). Harlow: Pearson Education.
- Holley, J. (2001). Physical activity and mental health: Reflections from research and implications for practice. *Mental Health Today*, 31-33.
- International Physical Activity Questionnaire Research Committee. (2005). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire -Short and Long Forms *IPAQ scoring protocol* Consult. 25 Agosto 2017, disponível em <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>
- Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 522-528.
- Kimhy, D., Lauriola, V., Bartels, M. N., Armstrong, H. F., Vakhrusheva, J., Ballon, J. S., & Sloan, R. P. (2016). Aerobic exercise for cognitive deficits in schizophrenia: The impact of frequency, duration, and fidelity with target training intensity. *Schizophrenia Research*, 172(1), 213-215.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry research*, 143(1), 99-108.
- Loewenthal, K. M. (2001). *An introduction to psychological tests and scales* (2<sup>o</sup> ed.). London: Psychology Press.
- Lohr, J. B., & Flynn, K. (1992). Smoking and schizophrenia. *Schizophrenia research*, 8(2), 93-102.
- Maçola, L., Nogueira do Vale, I., & Valentim Carmona, E. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(3), 570-577.



- Maggouritsa, G., Kokaridas, D., Stoforos, P., Patsiaouras, A., Diggelidis, N., & Theodorakis, Y. (2014). The effect of a physical activity program on improving body cathexis and self-esteem of patients with schizophrenia. *Inquiries in Sports & Physical Education*, 12(1), 40-51.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.
- Moammadi Nezhad, M., Nordentoft, M., Sadeghpour Gildeh, B., & Stelter, R. (2011). Validation of the Physical Self-Perception Profile (PSP) in a Sample of Depressed Danish Psychiatric Patients: Applying Factor Analyses. *Iranian Journal of Health and Physical Activity*, 2(1), 34-45.
- Morejón, A., J., Vázquez, Jiménez, R., Vázquez-Morejón, & Zannin, G., Bellido. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.
- Mori, T., Sasaki, T., Iwanami, A., Araki, T., Mizuno, K., Kato, T., & Kato, N. (2003). Smoking habits in Japanese patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 120(2), 207-209.
- Navarro Bayón, D., & Carrasco Ramírez, O. (2009). Relación entre síntomas psicóticos, estados emocionales negativos y años de evolución en personas con esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.
- Oh, E., Song, E., & Shin, J. (2017). Individual Factors Affecting Self-esteem, and Relationships Among Self-esteem, Body Mass Index, and Body Image in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1-8.

- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 645-658.
- Partridge, S. R., McGeechan, K., Bauman, A., Phongsavan, P., & Allman-Farinelli, M. (2017). Improved confidence in performing nutrition and physical activity behaviours mediates behavioural change in young adults: Mediation results of a randomised controlled mHealth intervention. *Appetite*, 108, 425-433.
- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, 94(10), 1467-1479.
- Renca, S., & Cerejeira, J. (2014). Esquizofrenia. In C. S. e. J. Cerejeira (Ed.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 135-158). Lisboa: Lidel.
- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 56(3), 324-331.
- Ridson Rosa, R., Antonio Marcos de Souza, M., Murilo Khede, L., Alberto Souza de Sa, F., Joao, M., Flavia, P., Mauro Giovanni, C., Gioia, M., Mirko, W., Henning, B., Nuno Barbosa Ferreira, R., Joana, R., Joao Manuel, R. S. T., Oscar, A.-C., Antonio Egidio, N., Ti-Fei, Y., & Sergio, M. (2015). Effects of Exercise on Physical and Mental Health, and Cognitive and Brain Functions in Schizophrenia: Clinical and Experimental Evidence. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 14(10), 1244-1254.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11). Princeton, NJ: Princeton University Press
- Salgado, D., Rocha, N., & Marques, A. (2008). Impacto do coping proactivo, do distress emocional e da auto-estima na funcionalidade e qualidade de vida

- de pessoas com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 143-154.
- Scheewe, T. W., Backx, F. J. G., Takken, T., Jörg, F., van Strater, A. C. P., Kroes, A. G., Kahn, R. S., & Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 464-473.
- Schultheisz, T. S. D. V., & Aprile, M. R. (2015). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48.
- Shor, R., & Shalev, A. (2016). Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness. *Health Promotion International*, 31(1), 116-123.
- Surwillo, W. W. (1980). *Experimental design in psychiatry: research methods for clinical practice*. New York: Grune & Stratton.
- Teixeira, C., Nunes, F., Ribeiro, F., Arbinaga, F., & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Physical activity, self-esteem and depression in older adults. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 55-65.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K., Van Coppenolle, H., David, A., Pieters, G., & Peuskens, J. (2002a). Assessment of physical self-perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 855.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K. R., David, A., Morres, I., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (2002b). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients

- suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(4), 309.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., Raepsaet, J., & Probst, M. (2011a). Physical activity participation, functional exercise capacity and self-esteem in patients with schizophrenia. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(4), 222-230.
- Vancampfort, D., Knapen, J., De Hert, M., van Winkel, R., Deckx, S., Maurissen, K., Peuskens, J., Simons, J., & Probst, M. (2009). Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Physical Therapy Reviews*, 14(6), 388-398.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., De Herdt, A., Sweers, K., Knapen, J., van Winkel, R., & De Hert, M. (2013). Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 25-32.
- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011b). Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(6), 423-430.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Ward, P. B., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 15-23.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H., Teixeira, C., & Bertelli, R. (2012). Factorial Validity and Invariance of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among Portuguese Youngsters. *Social Indicators Research*, 105(3), 483-498.

- Viertiö, S., Sainio, P., Koskinen, S., Perälä, J., Saarni, S. I., Sihvonen, M., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2009). Mobility limitations in persons with psychotic disorder: findings from a population-based survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 325.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation* (Vol. 894). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation*, . Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Schizophrenia. *World Health Organization*, Consult. 6 Agosto 2017, disponível em <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>
- Xu, Z.-Y., Zu, S., Xiang, Y.-T., Wang, N., Guo, Z.-H., Kilbourne, A. M., Brabban, A., Kingdon, D., & Li, Z.-J. (2013). Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: A preliminary survey. *Psychiatry research*, 209(3), 340-345.



**Capítulo V**  
**Conclusões Gerais**





#### **4. Conclusão Geral**

Concluída esta dissertação, é chegado o momento de realizar uma retrospectiva do percurso deste ano, fazendo um balanço entre as expectativas iniciais e o resultado final.

Ao longo deste ano, tive a oportunidade de integrar um projeto do Gabinete de Atividade Física Adaptada da FADEUP denominado de “Impacto da Atividade Física e Desportiva em Pessoas com Doença Mental Grave”. O envolvimento no projeto permitiu-me desenvolver os meus conhecimentos a nível teórico e prático, bem como explorar a formação profissional através do monitoramento de aulas práticas de AF para pessoas com Esquizofrenia. Para esse efeito, foi necessário desenvolver as competências de planificação, reflexão e implementação de estratégias específicas para motivação dos participantes no projeto. Durante o período de intervenção tive oportunidade de pôr em prática os conhecimentos desenvolvidos ao longo do meu percurso académico.

No que diz respeito à elaboração desta dissertação, as maiores aprendizagens fizeram-se notar a nível da investigação e na elaboração da dissertação propriamente dita, tendo em conta as suas implicações tanto a nível de metodologia como de investigação.

Em suma, considero que superei as minhas expectativas iniciais e que aprofiei os meus conhecimentos à população com Esquizofrenia. Com a conclusão da presente dissertação sinto que todo o esforço e dedicação pela mesma foram retribuídos.







**A importância da atividade física no processo de reabilitação de indivíduos com esquizofrenia: os efeitos desta abordagem nos parâmetros físicos, biológicos e psicológicos.**

---

**INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

---

**Caro participante,**

Este documento descreve os estudos para o qual o convidamos a participar. Por favor, leia-o atentamente.

No fim, o investigador irá perguntar-lhe se concorda em participar nestes estudos. Se não se sentir totalmente esclarecido, sinta-se à vontade para colocar todas as questões ao investigador presente. Não fique com dúvidas. Caso decida participar, e se surgirem novas questões, poderá contactar o investigador para esclarecê-las.

---

**OBJETIVOS DAS INVESTIGAÇÕES**

1º - Verificar a fiabilidade da bateria de testes EuroFit, aplicada a pessoas com esquizofrenia e comparar a aptidão física e variáveis sociodemográficas entre pessoas com e sem esquizofrenia.

2º - Analisar a fiabilidade do questionário do Perfil de Auto-perceção Física para pessoas com esquizofrenia, através de um teste-reteste. Comparar o nível de atividade física, auto-perceção física e autoestima entre pessoas com e sem esquizofrenia e correlacionar essas variáveis com características sociodemográficas e clínicas.

3º - Avaliar, caracterizar e correlacionar o nível de atividade física na esquizofrenia, através dos dados obtidos pelo acelerómetro e pelo questionário do nível de atividade física.

---

**EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

Nas instalações da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, o participante irá responder a questionários, realizar uma bateria de testes de aptidão física (EuroFit) e utilizar o acelerómetro durante 7 dias.

Os questionários serão: i) Questionário sociodemográfico (questões acerca dos dados pessoais, preferências, prática anterior de atividade física, entre outros); ii) Dois questionários de Atividade Física (questões acerca das atividades físicas que foram realizadas na última semana); iii) Questionário de autoestima (envolve questões relacionadas com a forma de como avalia a sua autoestima); iv) Questionário do Perfil de Auto-perceção física (questões relacionadas com a perceção física própria) ; v) Questionário de qualidade de vida (questões relacionadas com a auto perceção acerca da qualidade de vida no domínio físico, social, psicológico e ambiental) ; vi) Bateria EuroFit (testes físicos para avaliar capacidades motoras) ; vii) Acelerómetro (envolve a utilização do mesmo, pelo período de uma semana, durante o tempo em que o indivíduo está ativo/acordado)

Serão também recolhidos o peso, altura, circunferência da cintura e do quadril e ainda a percentagem de massa gorda e percentagem de água.

## **CARÁTER VOLUNTÁRIO DA PARTICIPAÇÃO E POSSIBILIDADE DE SAÍDA OU ABANDONO DO ESTUDO**

Os participantes terão total liberdade para decidir se desejam ou não participar no estudo não decorrendo desta decisão qualquer prejuízo para o próprio. Os participantes também poderão decidir retirar-se do estudo em qualquer momento, sem que tal decisão comprometa o relacionamento com o serviço de psiquiatria em que estão envolvidos, nem o respeito pelos direitos à assistência que lhes são devidos.

---

## **GARANTIA DA PRIVACIDADE E DA CONFIDENCIALIDADE**

Os dados recolhidos na pesquisa terão fins exclusivamente científicos e a identidade do participante será mantida em anonimato. Todos os dados e informações recolhidas serão guardados por profissionais devidamente capacitados e experientes. Apenas a equipa de investigadores terá acesso aos dados recolhidos, que serão mantidos na máxima privacidade e confidencialidade.

---

Declaro que me sinto esclarecido com a informação que me foi prestada e que foram respondidas todas as questões que desejei colocar. Declaro, com a minha assinatura, que consinto a minha participação neste estudo.

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

O Participante    O Investigador

\_\_\_\_\_

### **Qualquer dúvida, por favor não hesite em contactar-nos:**

Pedro Filipe – Telemóvel: -  
Eva Costa – Telemóvel: -  
Jéssica Cabral – Telemóvel: -

Gabinete de Atividade Física Adaptada (FADEUP) - Telefone: -







**A importância da atividade física no processo de reabilitação de indivíduos com esquizofrenia: os efeitos desta abordagem nos parâmetros físicos, biológicos e psicológicos.**

---

**INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

---

**Caro participante,**

Este documento descreve os estudos para o qual o convidamos a participar. Por favor, leia-o atentamente.

No fim, o investigador irá perguntar-lhe se concorda em participar nestes estudos. Se não se sentir totalmente esclarecido, sinta-se à vontade para colocar todas as questões ao investigador presente. Não fique com dúvidas. Caso decida participar, e se surgirem novas questões, poderá contactar o investigador para esclarecê-las.

---

**OBJETIVOS DAS INVESTIGAÇÕES**

1º - Verificar a fiabilidade da bateria de testes EuroFit, aplicada a pessoas com esquizofrenia e comparar a aptidão física e variáveis sociodemográficas entre pessoas com e sem esquizofrenia.

2º - Analisar a fiabilidade do questionário de Perfil de Auto-Percepção Física para pessoas com esquizofrenia através de teste-reteste. Comparar o nível de atividade física, auto-percepção física e autoestima entre pessoas com e sem esquizofrenia e correlacionar essas variáveis com características sociodemográficas e clínicas.

---

**EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

O participante irá responder a questionários e realizar uma bateria de testes de aptidão física (EuroFit) num local a definir.

Os questionários serão: i) Questionário Sociodemográfico; ii) Questionário de Atividade Física; iii) Questionário de autoestima; iv) Questionário do Perfil de Auto-percepção física; v) Bateria EuroFit.

Serão também recolhidos o peso, altura, circunferência da cintura e do quadril e ainda a percentagem de massa gorda e de água.

---

**CARÁTER VOLUNTÁRIO DA PARTICIPAÇÃO E POSSIBILIDADE DE SAÍDA OU ABANDONO DO ESTUDO**

Os participantes terão total liberdade para decidir se desejam ou não participar no estudo não decorrendo desta decisão qualquer prejuízo para o próprio. Os participantes também poderão decidir retirar-se do estudo a qualquer momento.

---

## **GARANTIA DA PRIVACIDADE E DA CONFIDENCIALIDADE**

Os dados recolhidos na pesquisa terão fins exclusivamente científicos e a identidade do participante será mantida em anonimato. Todos os dados e informações recolhidas serão guardados por profissionais devidamente capacitados e experientes. Apenas a equipa de investigadores terá acesso aos dados recolhidos, que serão mantidos na máxima privacidade e confidencialidade.

---

Declaro que me sinto esclarecido com a informação que me foi prestada e que foram respondidas todas as questões que desejei colocar. Declaro, com a minha assinatura, que consinto a minha participação neste estudo.

### **Os Participantes**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Os Participantes**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Os Investigadores**

---

---

**Qualquer dúvida, por favor não hesite em contactar-nos:**

Pedro Filipe – Telemóvel: -

Eva Costa – Telemóvel: -

Gabinete de Atividade Física Adaptada (FADEUP)v - Telefone: -

### **Anexo 3 - Questionário Sociodemográfico**



## **Questionário sociodemográfico**

Início da Aplicação: \_\_\_\_\_ hrs      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Contato telefónico: \_\_\_\_\_ Contato email: \_\_\_\_\_

### **Anamnese**

1. Sexo: 0 feminino \_\_\_\_ 1 masculino \_\_\_\_

2. Qual a sua idade? \_\_\_\_ anos

3. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Quais as suas habilitações literárias?

1 Não sei \_\_\_\_ 2 Sem estudos \_\_\_\_ 3 1º ciclo \_\_\_\_ 4 2º ciclo \_\_\_\_ 5 3º ciclo \_\_\_\_

6 Ensino Secundário \_\_\_\_ 7 Ensino Superior \_\_\_\_ 8 Mestrado/ Doutoramento \_\_\_\_

5. Qual o seu estado civil? 1 Solteiro(a) \_\_\_\_ 2 Casado(a) \_\_\_\_ 3 União de facto \_\_\_\_ 4 Viúvo(a) \_\_\_\_

5 Divorciado(a) \_\_\_\_ 6 Outro: \_\_\_\_\_

6. Tem filhos ? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

6.1 Quantos? \_\_\_\_\_

7. Com quem vive? 1 Mãe/Pai \_\_\_\_ 2 Esposa/Marido \_\_\_\_ 3 Sozinho \_\_\_\_ 4 Filhos \_\_\_\_ 5 Outro \_\_\_\_\_

8. Exerce alguma profissão? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

8.1 Qual? \_\_\_\_\_

8.2 Qual a sua carga horária diária de trabalho? \_\_\_\_\_ horas/dia

9. Possui o ordenado mensal? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

9.1 Origem do ordenado: 0 Reformado \_\_\_\_ 1 Subsídio desemprego \_\_\_\_ 2 Salário \_\_\_\_

9.2 Qual o seu rendimento mensal (Salários Mínimos Nacional- SMN 505,00)?

1 \_\_\_\_ até meio SMN (252,50)

2 \_\_\_\_ entre meio e um SMN (252,50 - 505,00)

3 \_\_\_\_ entre um e dois SMN (505,00 – 1010,00)

4 \_\_\_\_ entre dois e três SMN (1010,00 – 1515,00)

5 \_\_\_\_ entre três e cinco SMN (1515,00 – 2525,00)

6 \_\_\_\_ acima de cinco SMN (2525,00)

10. Fuma atualmente? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

10.1 Quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_\_

10.2 Em que idade começou a fumar? \_\_\_\_\_

## História Clínica

11. Ano da primeira consulta psiquiátrica \_\_\_\_\_

12. Quantas vezes já foi internado? \_\_\_\_\_

13. Condição de tratamento: 0 Internado \_\_\_\_ 1 Hospital de Dia \_\_\_\_ 2 Ambulatório \_\_\_\_

14. Nome do médico psiquiatra: \_\_\_\_\_

15. Medicação:

Nome do medicamento	Princípio Ativo	Função	Dosagem/dia	Tipo de toma

## Composição Corporal

22. Peso \_\_\_\_\_ kg

23. Altura \_\_\_\_\_ cm

24. IMC \_\_\_\_\_

25. Circunferência cintura \_\_\_\_\_ cm

26. Circunferência quadril \_\_\_\_\_ cm

27. Massa Gorda \_\_\_\_\_ %

28. Massa isenta de gordura \_\_\_\_\_ %

29. Água \_\_\_\_\_ %

30. Final da Aplicação: \_\_\_\_\_ hrs

Duração total: \_\_\_\_\_ min

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## História de Atividade Física

16. Já praticou alguma atividade física/ exercício físico? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

16.1 Qual(ais)? \_\_\_\_\_

16.2 Com que idade? \_\_\_\_\_

17. Pratica atualmente alguma atividade física/ exercício físico? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

17.1 Qual (ais)? \_\_\_\_\_

17.2 Em que ano começou essa (s) atividade (s)? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

17.3 Contexto em que pratica essa (s) atividade (s)? 0 Hospital \_\_\_\_ 1 Clínica \_\_\_\_

2 Clube \_\_\_\_ 3 Ginásio \_\_\_\_ 4 Outro \_\_\_\_\_

18. Algum dos seus familiares pratica alguma atividade física/ exercício físico? 0 Não \_\_\_\_ 1 Sim \_\_\_\_

18.1 Quem? 0 Mãe \_\_\_\_ 1 Pai \_\_\_\_ 2 Irmão/ Irmã \_\_\_\_ 3 Primos \_\_\_\_ 4 Outro \_\_\_\_\_

19. A prática de atividade física promoveu alguma alteração nos sintomas da sua doença?

0 Aumentou \_\_\_\_ 1 Diminuiu \_\_\_\_ 2 Permaneceu igual \_\_\_\_ 3 Não sei \_\_\_\_

20. No seu entender o que causou essas mudanças?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

21. Houve alguém que o tivesse influenciado a praticar Atividade Física? Quem?

---

---







## IPAQ

As questões referem-se ao tempo que despendeu **durante a última semana** a fazer actividade física. Inclui questões acerca das actividades que faz no trabalho ou escola, para se deslocar de um lado para o outro, actividades realizadas na sua casa ou no seu jardim e aquelas que efectua no seu tempo livre para se entreter, realizar exercício físico ou desporto.

**As suas respostas são importantes. Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.**

**Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:**

**Actividade física vigorosa** refere-se a actividades que requerem muito esforço e que tornam a respiração muito mais intensa do que o normal. **Actividade física moderada** refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e que tornam a respiração um pouco mais intensa do que o normal.

1a- Durante a última semana, quantos dias fez actividades físicas vigorosas como levantar objectos pesados, cavar, fazer ginástica de intensidade elevada ou andar de bicicleta a uma velocidade relativamente elevada. Pense apenas nas actividades físicas que fez no mínimo durante 10 minutos seguidos.

Quanto dias por semana as realizou (se nenhum marque 0 e passe para a questão 2a) \_\_\_\_\_

1b- Num dos dias em que fez actividade física vigorosa, quanto tempo gastou? \_\_\_\_\_ horas  
\_\_\_\_\_ minutos

2a- Pense, novamente, apenas nas actividades físicas que fez no mínimo 10 minutos seguidos. Durante a última semana, quantos dias fez actividades físicas moderadas como transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? **Não inclua o andar/caminhar.**

Quanto dias por semana (se nenhum marque 0 e passe para a questão 3a) \_\_\_\_\_

2b- Num dos dias em que fez actividade física moderada, quanto tempo gastou? \_\_\_\_\_ horas  
\_\_\_\_\_ minutos

3a- Durante a última semana, quantos dias caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que tenha feito somente para recreação, desporto ou lazer.

Quanto dias por semana (se nenhum marque 0 e passe para a questão 4) \_\_\_\_\_

3b- No dia em que caminhou mais, quanto tempo gastou? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

4- A última questão refere-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Inclui também o tempo em que está sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler, a viajar num autocarro ou sentado ou deitado a ver televisão.

Durante a última semana, quanto tempo esteve sentado por dia? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Por dia, quanto tempo passou a ver Televisão e Vídeo \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos



## **Anexo 5 – Questionário de Autoestima de Rosenberg**



Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Hora de início e fim: \_\_\_\_\_



### *Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)*

Para cada item faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

	Concordo Completamente	Concordo	Discordo	Discordo Completamente
1. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Em termos gerais sinto que estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No geral estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto-me por vezes inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Por vezes sinto que não sou nada bom (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela colaboração!





## **Anexo 6 – Questionário Perfil de Auto-perceção Física**

